

财务援助筛查申请表



患者姓名 _____ 婚姻状况 _____

完整地址 _____ 电话 _____

社会安全号码 _____ 账号 _____

服务日期 _____

- 您必须在服务日期或第一个账单日期之后的 6 个月内申请获得 MCH 医院财务援助

您在接受服务时是俄亥俄州的居民吗?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	您在接受服务的当日是残障补助的有效领用人吗?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
您目前是俄亥俄州的居民吗?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	您在此服务日期时有资格参加 Medicaid、Medicaid with a Spend Down、Caresource 或 Molina 吗?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
您居住在俄亥俄州只是为了接受医疗服务吗?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	在此服务日期时您是否具有任何其他保险?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
目前或未来是否有任何其他实体负责/承担此债务? 如果是, 请提供名称 _____ 联系电话 _____	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	**如果您将上述任何问题标记为是, 请将您的保险卡副本或任何承保证明寄送给我们, 以便我们可以相应地开具账单。	

仅列出您的配偶以及居住在家里/家外的 18 岁以下的亲生或收养子女。

姓名	年龄	居住在家里	关系
		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	

如果患者是未成年人, 请提供父亲和母亲的收入以取代患者和配偶的内容

总收入 (税前)	患者/母亲	配偶/父亲
服务日期前 3 个月的总收入。	\$	\$
服务日期前 12 个月的总收入。	\$	\$
到本月月末, 您的预期总收入是多少?	\$	\$
列出任何其他月收入以及该收入的来源	\$	\$
如果报告的收入是 "\$0", 请提供一段简短的陈述, 说明您如何负担您的日常生活费用。		

费用		
租金/房贷	\$	\$
医疗账单/处方药	\$	\$

资产		
是否拥有主要住宅或其他财产?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	价值: \$
银行账户/余额?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	价值: \$

我声明, 据我所知, 上述信息均正确属实, 并需要得到 Mount Carmel Health 的确认。我了解, 我可能被要求在提交申请表时随附收入和/或资产的文件证明。为了加入医院援助计划, 我授权 Mount Carmel Health 获取我的信用局报告以确认此信息。我还了解, 如果此信息被确定为虚假信息, 我将负责支付服务费用。请随附说明任何特殊情况的信函。

签名 _____

日期 _____