

**UNIVERSITY HOSPITALS 财务援助申请表**

如果您认为自己有资格获得财务援助，请填写此申请表。您必须将申请表填写完整并签名，UH 才会予以考虑。

如有关于此申请表的疑问或疑虑，或者需要填写表格方面的协助，请致电 (866) 771-7266 联系我们，或者前往任一 UH 医疗机构咨询。

患者姓名: \_\_\_\_\_ 患者出生日期: \_\_\_\_\_ 服务日期: \_\_\_\_\_  
 地址: \_\_\_\_\_ 婚姻状况: \_\_\_\_\_ 账户: \_\_\_\_\_  
 城市: \_\_\_\_\_ 电话号码: \_\_\_\_\_ 接收机构: \_\_\_\_\_  
 州: \_\_\_\_\_ 邮政编码: \_\_\_\_\_

在此服务日期时，您是否是俄亥俄州居民？  是  否

您是否拥有承保这些服务的健康保险？  是  否

如选择“是”，请填写以下信息并附上保险卡副本

保险公司名称: \_\_\_\_\_ 保单号 \_\_\_\_\_ 团体编号: \_\_\_\_\_

您是否符合申请 COBRA 的资格？  是  否

您是否拥有 Medicaid 福利？  是  否 如选择“是”，请填写账单编号 \_\_\_\_\_ 并附上 Medicaid 卡副本

您是否有  健康还款计划  健康储蓄账户  灵活开支账户

请在下表列出所有家庭成员，包括父母、配偶（无论是否住在家里），以及与患者同住的 18 岁以下子女（亲生或收养）。提供收入证明副本，如工资单、社会保障认定书、工伤赔偿、纳税申报单，或致电 UH 财务顾问以讨论可用于证明资格的其他证据。

患者家庭成员	年龄	与患者的关系	收入来源或雇主名称	服务日期前 3 个月的收入	服务日期前 12 个月的收入
患者 -		本人			
2.					
3.					
4.					
5.					

如果您在上表中填写的收入为 0.00 美元，请简要说明在上述申请财务援助的期间，您（或患者）如何度过财务难关。

本人还收到了以下 UH 服务点的账单： CMC || AHUJA || GEAUGA || GENEVA || CONNEAUT || PORTAGE || ST JOHN || ELYRIA || PARMA || HOMECARE  
 SAMARITAN || UH PHYSICIAN SERVICES || UHLSF

在下方签名，即表示本人证明，据本人所知所信，本人填入此申请表的信息均真实无误。本人明白，为获取政府福利而故意提交虚假信息属违法行为。本人亦明白，其他方可能会依赖本人通过此申请表提供的信息。本人特此授权该等其他方使用这些信息。

责任方签名: X \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_

UH 代表签名: X \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_

**FOR OFFICE USE ONLY:** #in HH \_\_\_\_\_ 3mo TTL \_\_\_\_\_ 12 mo TTL \_\_\_\_\_ FPL \_\_\_\_\_  HCAP  UCAP  AGB  M

Medical Record No: \_\_\_\_\_ Date Completed: \_\_\_\_\_

# University Hospitals

## 上一日历年产生的必要医疗费用

本表用于确定自付的医疗必要费用，以帮助判断您是否符合 UH 财务援助政策下的其他账户援助资格。

仅当您是寻求援助的投保患者或您未投保且收入超过联邦贫困线的 250% 才可填写本表

请列出上一日历年中您有责任向其支付费用的所有医院、医生和药房服务。请注意，须为所有费用提供保险福利说明。

<u>服务提供者</u>	<u>服务日期</u>	<u>患者应付款项</u>	<u>OFFICE USE ONLY</u>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd

此日历年患者欠款总额 \_\_\_\_\_

对如何填写此申请表有疑问？请致电 (866) 771-7266 与我们联系

请将已填妥的申请表提交至 University Hospitals, 地址: Management Service Center, 3605 Warrensville Center Road, Shaker Heights, OH 44122

**FOR OFFICE USE ONLY:** FPL \_\_\_\_\_  10  15  20  25  NOT QUALIFIED Date Completed: \_\_\_\_\_