

UNIVERSITY HOSPITALS 財務協助申請表

如果您認為自己可能符合財務協助的資格，請填寫此申請表。包括簽名的整份申請表都必須要填寫並簽名，才予以受理。
若關於此申請表有任何疑問或顧慮，或在填寫方面需要協助，請致電 (216) 844-8299 或 (800) 859-5906 聯絡我們，或親自到任何 UH 機構。

患者姓名： _____ 患者出生日期： _____ 就診日期： _____
 地址： _____ 婚姻狀況： _____ 帳號： _____
 城市： _____ 電話號碼： _____ 照護機構： _____
 州： _____ 郵遞區號： _____

您於此就診日期時是 Ohio 州的居民嗎？ 是 否
 您是否有健康保險給付這些服務？ 是 否 若是，請於以下輸入資訊並附上保險卡副本
 保險公司名稱： _____ 保單號碼： _____ 團體號碼： _____
 您是否符合 COBRA 投保資格？ 是 否
 您是否有領取 Medicaid 福利？ 是 否 若答案為「是」，請輸入帳單號碼 _____ 並附上 Medicaid 卡副本
 您是否有 健康還款計劃 健康儲蓄帳戶 彈性消費帳戶

請在下方列出您家中的所有成員。包括父母、配偶（無論其是否同住），以及 18 歲以下與父母同住的孩子（親生或領養）。包括收入證明的副本（例如薪資條、社會安全裁定、工傷賠償、報稅單）或致電 UH 財務顧問討論可以提供證明資格的其他證明。

患者 家庭成員	年齡	與患者的關係	收入來源或雇主名稱	就診日期之前的 3 個月收入	就診日期之前的 12 個月收入
患者 -		自己			
2.					
3.					
4.					
5.					

若您提報上述的收入為 \$0.00，請簡要說明您（或患者）在所要求的期間如何處理財務情況。

我也有來自以下 UH 地點的帳單： CMC AHUJA RH RICHMOND RH BEDFORD GEAUGA GENEVA CONNEAUT PORTAGE
 ST JOHN ELYRIA PARMA SAMARITAN UH MEDICAL GROUP

藉由以下的簽名，我證明就我所知且相信此申請表上的答案都是真實的。我瞭解蓄意提出不實的資訊以取得政府福利是違法的。我進而瞭解其他方可能仰賴我在此處所提供的資訊。我在此授權他們如此做。

責任方簽名： X _____ 日期： _____
 UH 代表簽名： X _____ 日期： _____

FOR OFFICE USE ONLY: #in HH _____ 3mo TTL _____ 12 mo TTL _____ FPL _____ HCAP UCAP AGB MI
 Medical Record No: _____ Date Completed: _____

2016 曆年所產生具醫療必要性的費用

此表單是用於確認具醫療必要性的自付額費用，以協助判斷您是否符合 UH 財務協助政策的其他帳目協助資格。

若您是尋求協助的有保險患者，或是收入超過聯邦貧窮指標之 250% 的未保險患者，才填寫此處

條列您於 2016 年服務日期所產生之債務的所有醫院、醫師與藥局服務。請注意，所有費用都必須提供福利的保險說明。

<u>服務提供者</u>	<u>服務日期</u>	<u>患者應付</u>	<u>FOR 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
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd

患者本曆年的總積欠金額 _____

對於如何填寫此申請表有任何疑問？請致電 (216) 844-8299 或 (800) 859-5906 聯絡我們

請提交您填寫完成的申請表至 University Hospitals, Customer Service Center, 20800 Harvard Ave, Beachwood, OH 44122