

University Hospitals の資金援助の申請書

資金援助を受ける資格があるとお考えの場合は、本申請書を記入してください。審査を受けるには、申請書の署名を含めたすべての項目を記入しなければなりません。

本申請書に関するご質問またはお問い合わせ、ご記入のサポートについては、**(866) 771-7266** にお電話、または **UH 施設** をご訪問ください。

患者名: _____ 患者の生年月日: _____ サービスの日付: _____
 住所: _____ 配偶者の有無: _____ アカウント番号: _____
 市: _____ 電話番号: _____ 受け取った施設: _____
 州: _____ 郵便番号: _____

上記の日付の時点でオハイオ州の居住者でしたか? はい いいえ

これらのサービスを対象とする健康保険に加入していますか? はい いいえ 「はい」と回答した場合、以下の情報を記入し、保険証のコピーを添付してください

保険会社の名前: _____ ポリシー番号: _____ グループ番号: _____

COBRA の資格がありますか? はい いいえ

メディケイド(医療扶助)を受けていますか? はい いいえ 「はい」の場合は、請求番号 _____ を入力し、メディケイドカードのコピーを添付してください

次をお持ちですか? 償還制度 HSA 口座(医療貯蓄口座) FSA 口座(医療積立口座)

家族全員を以下に記入します。患者、配偶者(同居しているかどうかに関わらず)、患者と同居している 18 歳未満の子供(実子または養子)を含めます。給与明細や社会保障証、労働災害補償、納税申告書などの収入証明のコピーを同封するか、UH 金融カウンセラーにお電話いただき、資格を証明するために提出可能な他の証拠についてお問い合わせください。

患者の家族	年齢	患者との関係	収入源または雇用者の名前	サービス日までの 3 か月間の収入	サービス日までの 12 か月間の収入
患者 -		本人			
2.					
3.					
4.					
5.					

上記で収入を\$0.00 と報告した場合、上記の申請中、あなた(または患者)が財政的にどのようにして乗り切ったか簡単に説明してください。

私は以下の UH 施設からも請求を受けています。 CMC || AHUJA || GEAUGA || GENEVA || CONNEAUT || PORTAGE || ST JOHN || ELYRIA || PARMA || ホームケア SAMARITAN || UH 医師によるサービス || UHLSF

私は、以下の署名により、私の知る限り本申請書の回答は真実であることを証言します。私は、故意に不正情報を提供し、政府の援助を受けることは違法であることを理解しています。私は、私が本書に記入する情報に他方当事者が頼ることを理解しています。私は、他方当事者がそうする権限を与えます。

責任者の署名: X _____ 日付: _____

UH 代表者の署名: X _____ 日付: _____

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

Medical Record No: _____ Date Completed: _____

University Hospitals

前年度に発生した医療上必要な費用

本記入フォームは、医学上必要な自己負担費を特定し、UH 資金援助ポリシーの追加補助金を受ける適格性を判断するために使用されます。

あなたが援助を求める被保険患者である場合、あるいは保険に未加入で収入が国の貧困ガイドラインの 250%を超える場合のみに記入してください

前年度に起因している、責任があるすべての病院、医師、および薬局サービスを一覧化します。すべての費用に関して保険給付明細書を記入する必要があることにご注意ください。

<u>サービス提供者</u>	<u>サービス日</u>	<u>患者への預け金</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

今年患者が支払う合計金額 _____

本申請書の記入方法についてご質問はありますか？ (866) 771-7266 へお電話ください

完成した申請書を University Hospitals, Management Service Center, 3605 Warrensville Center Road, Shaker Heights, OH 44122 へ提出してください。

FOR OFFICE USE ONLY: FPL _____ 10 15 20 25 NOT QUALIFIED Date Completed: _____