



UNIVERSITY HOSPITALS FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION

Wann du glaabscht as du fer Financial Services qualify, mach des Application faddich. Die ganze Application, mit Unnerschrift muss vollig gemacht sei un unnerschriwwe um gultig zu sei.

Fer Frooge odder Druwwel mit des Application, odder fer Hilfe, ruf uns um (866) 771-7266 uff odder bsuch uns bei eeniche UH Facility.

Patient Naame: Patient Gebuttsdaadem: Daadem vun Service:
Adresse: Gheiert: Account #:
Schtadt: Fonnummer: Facility Grickt:
Schtaat: Zip Code:

Waarscht du en Ohio Resident uff des Daadem vun Service? Ya Nee

Hoscht du Health Insurance fer des Services? Ya Nee

Wann ya, geb dei Information nunner & geb en Copy vun dei Insurance Kaard

Naame vun Insurance Kumpani: Policy# Drupp#:

Kannscht du COBRA griege? Ya Nee

Hoscht du Medicaid Benefits? Ya Nee

Wann ya, enter Billing # & schtick en Kopie vun Medicaid Kaart

Hoscht du en Health Reimbursement Arrangement Health Savings Account Flexible Spending Account

Geb all Haus Mitglieder nunner. Geb Eldere, Spouses (macht's nix wann sie mit dir wuhnt) & Kinner (natural odder adoptive) unnich en Elder vun 18 die in es Haus mit dem Paitient wuhne. Geb Copies vun Income Verification, wie Pay Stubs, Social Security Determinations, Workers Compensation, Tax Returns, odder ruf en UH Financial Counselor uff um zu schwetze iwver Evidence die kenne gewwe sei um Eligibility zu zeige.

Table with 6 columns: Patient Familie Mitglieder, Elder, Relationship zu Patient, Source of Income odder Employer Naame, Income fer 3 Munet eb Daadem vun Service, Income fer 12 Munet eb Daadem vun service. Rows include Patient and numbered entries 2-5.

Wann du berichtet hoscht \$0.00 income iwver, geb en katze Explanation vun wu du (odder der Patient) iwverlebt financially darrich die Zeit die owwedruff gefroogt iss.

Ich hab aa Bills vun die folgende UH Bletz: CMC | AHUJA | GEAUGA | GENEVA | CONNEAUT | PORTAGE | ST JOHN | ELYRIA | PARMA | HOMECARE SAMARITAN | UH PHYSICIAN SERVICES | UHLSF

Mit mei Unnerschrift, Ich saag zu de Beschit vun mei Gewisseheit un Glaabe ass die Antwadde uff des Application recht sin. Ich verschteh ass es unrecht iss um falsche Information zu gewwe um Government Benefits zu griege. Ich verschteh aa ass annere Parties daerfe uff die Information yuuse kenne. Ich erlaab sie so zu duhe.

Responsible Party Unnerschrift: X Daadem:

UH Representative Unnerschrift: X Daadem:

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

Medical Record No: Date Completed:

University Hospitals

MEDICALLY NOTWENNICH KOSCHDE GRICKT IN ES EHMALIGE KALENNER YAAHR

Des Form iss geuust um Out of Pocket Koschde zu finne die medically notwennich sin um zu finne ob du qualify fer Hilfe unnich die UH Financial Assistance Policy.

MACH FADDIG YUSCHT WANN DU EN INSURED PATIENT BISCHT DIE GUCKT FER HELFE ODDER WANN DU KENN INSURANCE HOSCHT UN DIE INCOME ISS GREESER AS 250% VUN DER FEDERAL POVERTY GUIDELINE

Lischt all Grankehaus, Physician, & Pharmacy Services die du Liability vun es ehemalige Kalenner Yaahr hoscht. Geb Acht, Insurance Explanation vun Benefits muss fer all Expense gewwe sei.

<u>SERVICE PROVIDER</u>	<u>SERVICE DAADEM</u>	<u>DUE VUN PATIENT</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

TOTAL PATIENT OWES DES KALENNER YAAHR _____

Frooge um wie des Application faddichzumache? Ruf uns bei (866) 771-7266

Sei so gut un schick dei gemachte Application zu University Hospitals, Management Service Center, 3605 Warrensville Center Road, Shaker Heights, OH 44122

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