



# 经济资助 应用

比塞洛斯医院·加利恩医院·安大略省阿维塔医院·阿维塔医生

申请人 姓名 \_\_\_\_\_  
最后 第一个MI

街道地址 \_\_\_\_\_

城市 \_\_\_\_\_ 状态 \_\_\_\_\_ 压缩 \_\_\_\_\_ 电话 \_\_\_\_\_

\*日期 服务 \_\_\_\_\_

帐户 数量 \_\_\_\_\_

- 患者是美国人吗 公民?  是的  不
- 曾经 这 患者) 一个 俄亥俄州 居民 在 这 时间 的 他的她 服务?  是的  不
- 曾经 这 患者) 一个 积极的 医疗补助 接受者 在 这 时间 的 他的她 服务?  
如果 是的, 医疗补助 接受者 ID 数量: \_\_\_\_\_  是的  不
- 做了 这 患者) 有 健康 保险 (其他 比 医疗补助) 在 这 时间 的 他的她 服务?  
如果 是的, 提供 姓名 的 保险: \_\_\_\_\_  是的  不

为申请人和住在他/她家里的每个人提供所有必需的信息。

全名	出生日期	和申请者的关系	总收入		
			来源 收入 <small>(例如 就业, SSI, 孩子 支持, 赡养费)</small>	3 月 前 最老的 日期 的 服务	12 月 前 最老的 日期 的 服务

如果您报告 0 美元或最低收入, 请在下面简要说明您如何满足基本生活需求, 包括谁提供住所、食物、交通、公用设施、衣服以及您由此人和/或机构。

### 收入 从 (全部 家庭 会员)

检查所有适用\*\*

\*\*如果选中, 您将需要上传/提供支持文件

### 流动资产 (所有家庭成员)

检查所有适用\*\*

- |   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> 工资             | <input type="checkbox"/> 子女抚养费或赡养费食品      | <input type="checkbox"/> IRA/401K/401B 年金付款工人补偿 | <input type="checkbox"/> 现金                 |
| <input type="checkbox"/> 社会保障退伍军人福      | <input type="checkbox"/> 券                | <input type="checkbox"/> 寄养                     | <input type="checkbox"/> 储蓄账户 支票账户 货币       |
| <input type="checkbox"/> 利SSI - 残疾铁路福   | <input type="checkbox"/> 失业补偿 租金收入 股息/利息/ | <input type="checkbox"/> 其他: _____              | <input type="checkbox"/> 市场账户               |
| <input type="checkbox"/> 利              | <input type="checkbox"/> 特许权使用费 军人家属拨款 遗  |   | <input type="checkbox"/> 股票/债券/存款证信托基金余额    |
| <input type="checkbox"/> 自营职业收入退休/养老金福利 | <input type="checkbox"/> 产/信托             |   | <input type="checkbox"/> 彩票奖金 (服务日期后 12个月内) |
| <input type="checkbox"/>                |   |   | <input type="checkbox"/> 其他: _____          |

我理解那如果我有故意地给定任何错误的信息或者有扣留任何信息关于任何情况, 我是主题到可能被起诉为了欺诈罪。经过签名这应用, 我是授权这发布的任何信息需要的到决定我的合格, 不是到排除地址确认, A 信用查看通过A国家的信用局, 资产查看通过这县税评审员, 和确认的全部好处列出。

签名 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_

如果打印出来, 请将申请表寄回: Patient Financial Services, 700 N Columbus St, Crestline, OH 44827

如有疑问或需要帮助完成申请, 请致电我们的客户服务热线: 419-468-0512