经济援助申请表

Bucyrus Hospital • Galion Hospital • Avita Ontario • Avita Physicians

申请人姓名 _____
姓 *名* *中间名*

*服务日期 _____

街道地址 _____

城市 _____ 州/省 _____ 邮编 _____ 电话 _____

账户编号 _____

1. 患者是否为美国公民？ ◯是 ◯否
2. 接受服务时患者是否为俄亥俄州居民？ ◯是 ◯否
3. 接受服务时患者是否为有效的 Medicaid 受助人？ ◯是 ◯否
   若是，请填写 Medicaid 受助人 ID 号： _____
4. 接受服务时患者是否拥有医疗保险（不包括 Medicaid）？ ◯是 ◯否
   若有，请填写保险公司名称： _____

请提供申请人及其所有同住人员的必需信息。

全名	出生日期	与申请人的关系	收入总额		
			收入来源 *（例如：就业、SSI 补充保障收入、子女抚养费、赡养费）*	最早服务日期 前 3 个月	最早服务日期 前 12 个月

若报告的收入为 $0 或极少，请在下方简要说明如何满足基本生活需求，包括由谁提供住所、食物、交通、水电、衣物等支持，以及您得到此人（或这些人）和/或机构的支持多长时间。

收入（所有家庭成员）
勾选所有适用项 **
- ☐ 近期工资单及上年 W2 表复印件
- ☐ 社会保障金/养老金/残障补助函
- ☐ 失业补偿金
- ☐ 自营职业收入
- ☐ 子女抚养费或赡养费
- ☐ 其他：_____

流动资产（所有家庭成员）
勾选所有适用项 **
- ☐ 现金
- ☐ 支票/储蓄账户流水单
- ☐ 其他：_____

若勾选此项，需上传/提供证明文件

请将本表及证明文件提交至：

Avita Health System
收件方：Patient Services
269 Portland Way S
Galion, OH 44833
传真：419-462-4582
如需协助，请致电419-468-0512

本人知晓若蓄意提供虚假信息或隐瞒任何情况，可能面临欺诈起诉。签署本申请表即授权调取所有资格审核所需信息，包括但不限于：住址核验、全国征信机构信用核查、县税务评估处资产核查、及所列福利证明。

签名 _____ **日期** _____

**受理申请的服务日期范围：首份账单日起 240 天内*