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 _____

1. 患者是美国人吗公民？ ◯ 是的 ◯ 不
2. 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
3. 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？ ◯ 是的 ◯ 不
   如果是的，医疗补助接受者ID数量： _____
4. 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？ ◯ 是的 ◯ 不
   如果是的，提供姓名的保险： _____

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 *(例如就业，SSI，孩子支持，赡养费)*	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。

收入来自（**所有家庭成**员）
*勾选所有适用项***

- ☐ 当前工资单和前一年W2表的副本 社会保障/
- ☐ 养老金/残疾福利金信 失业补偿
- ☐ 自雇收入
- ☐
- ☐ 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/储蓄账户对账单 其他：_____

***** 如果勾选，您将需要上传/提供支持文件***

请将此表连同证明文件一起寄回至:

Avita Health System
Attn: Patient Services
269 Portland Way S Galion, OH 44833
Fax: 419-462-4582
如需帮助，请致电: 419-468-0512

我理解那如果我有故意地给定任何错误的信息或者有保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。经过签署这应用，我是授权这发布的任何信息需要到决定我的合格，不是到排除地址确认，一个信用查看通过一个国家的信用局，资产查看通过这县税评估员，和确认的全部好处列出。

签名_____**日期** _____

**应用将要是公认为了日期的服务向上到240天从第一的陈述日期*