AANVRAAG FINANCIËLE STEUN

Bucyrus Hospital • Galion Hospital • Avita Ontario • Avita Physicians

Naam aanvrager _____
Achternaam voorletter *Voornaam* *Tweede*

Straatnaam _____

Stad_____Staat_____Postcode_____Telefoon_____

*Datum/data van de dienst_____

Rekening Nummer(s)_____

1. Is/zijn de patiënt(en) Amerikaans staatsburger(s)? ◯ Ja ◯ Nee
2. Was/waren de patiënt(en) inwoner(s) van Ohio op het moment van zijn/haar/hun dienst? ◯ Ja ◯ Nee
3. Was/waren de patiënt(en) actieve Medicaid-ontvanger(s) op het moment van zijn/haar/hun dienst? ◯ Ja ◯ Nee
   *Zo ja, ID-nummer(s) van Medicaid-ontvanger:*_____
4. Had/hadden de patiënt(en) een ziektekostenverzekering (anders dan Medicaid) ten tijde van zijn/haar/hun dienst? ◯ Ja ◯ Nee
   *Zo ja, geef de naam van de verzekering:*_____

Geef alle vereiste informatie voor de aanvrager en iedereen die in zijn/haar huis woont.

Volledige naam	Geboortedatum	Relatie tot aanvrager	Totaal bruto inkomen		
			Bron van inkomsten *(bijv. Baan, bijstandsuitkering, kinderbijslag of alimentatie)*	3 maanden voor de oudste datum van dienst	12 maanden voor de oudste datum van dienst

Als u $0 of een minimaal inkomen opgeeft, geef hieronder dan een korte uitleg over hoe u in uw basisbehoeften voorziet, inclusief wie u onderdak, eten, vervoer, nutsvoorzieningen en kleding verschaft en hoe lang u al door deze persoon/personen en/of instantie(s) wordt ondersteund.

INKOMSTEN van (alle gezinsleden)
Vink aan wat van toepassing is ***
- ☐ Kopieën van recente loonstroken, W-2-formulieren m.b.t. het vorige jaar
- ☐ bewijs van sociale zekerheidsuitkering, pensioen- of arbeidsongeschiktheidsuitsuitkering,
- ☐ werkloosheidsuitkering
- ☐ Inkomen uit eigen bedrijf
- ☐ Kinderbijslag of alimentatie
- ☐ Overige: _____

VASTE ACTIVA (alle gezinsleden)
Vink aan wat van toepassing is ***
- ☐ Contant
- ☐ Rekeningafschriften van betaal- en spaarrekening(en)
- ☐ Overige: _____

***** Als u deze optie aanvinkt, moet u bewijsstukken uploaden/verstrekken.***

Stuur dit formulier met bewijsstukken terug naar:

Avita Health System
t.a.v.: Patient Services
269 Portland Way S
Galion, OH 44833
Fax: 419-462-4582
Bel voor hulp naar: 419-468-0512

Ik begrijp dat als ik opzettelijk onjuiste informatie heb gegeven of informatie heb achtergehouden met betrekking tot een bepaalde situatie, ik onderworpen ben aan mogelijke vervolging wegens fraude. Door deze aanvraag te ondertekenen, geef ik toestemming voor het vrijgeven van alle informatie die nodig is om te bepalen of ik in aanmerking kom, waaronder maar niet beperkt tot adrescontrole, een kredietcontrole door een nationaal kredietbureau, vermogenscontrole door de gemeentelijke belastingdienst van de provincie en controle van alle vermelde uitkeringen.

Handtekening_____**Datum**_____

** Aanvragen worden geaccepteerd voor dienstdata tot 240 dagen na de eerste afschriftdatum.*