

如何填写经济援助表格

字段描述	详情
申请人姓名	申请人姓名(请打印)。
地址/电话号码	申请人目前的地址和电话号码(请打印)。
服务日期	患者在医院或医疗保健机构就诊的日期(或入院日期)。
账户	输入对账单中的账户号码。如果帐号不可用, 请将该框留空。
患者是美国公民吗?	回答是或不是。
患者在接受服务时是否为俄亥俄州居民?	回答是或不是。 在住院接受服务时属自愿居住在俄亥俄州, 没有接受其他州的公共援助, 并且不是仅仅因为接受医疗保健服务而来到俄亥俄州的人, 可以获得居留权
患者在接受服务时是否是有效的Medicaid受益人?	回答是或不是。 如果是, 请列出Medicaid受益人的身份证号码。
患者在接受服务时是否有医疗保险(除Medicaid以外)?	回答是或不是。 如果是, 请提供有关保险的名称。
全名	请列出直系亲属的姓名, 包括您本人(申请人)、申请人的配偶(是否住在家中)、与患者同住的申请人18岁以下的子女*(亲生或领养), 以及任何与患者同住的、依靠患者家庭收入提供50%以上支持的人。 *如果患者是未成年人, 申请中必须列出其亲生父母(无论是否住在家中)。
出生日期	家庭中每个人的出生日期。
与申请人的关系	列出此人与申请人的关系。例如: 申请人(本人)、配偶或子女(亲生或领养)。
收入来源	列出此人的收入来源。这将包括失业金, 社会保障金, 退伍军人费, 养老金等。
接受服务日期前三(3)个月的收入	输入每人在服务日期前90天内的总收入。如果在之前的90天内没有收到任何收入, 请输入0。 例如: 服务日期为2022年4月1日, 即从2022年1月1日到2022年3月31日期间共获得多少收入。
接受服务日期前十二(12)个月的收入	输入每人在服务日期前12个月内的总收入。如果在之前的12个月内没有收到任何收入, 请输入0。例如: 服务日期为2022年4月1日, 即从2021年1月4日到2022年3月31日期间共获得多少收入。
如果您报告的收入是0.00美元或极低的收入, 请解释您获得什么样的资助	解释您在服务日期前3个月和12个月的所获得的援助。如果您获得了他人的援助, 请说明他们支持您的时间以及他们提供的支持类型(例如食物、住所等。).
收入复选框	勾选所有适用的方框, 并提供每个方框的证明文件。
流动资产复选框	勾选所有适用的方框, 并提供每个方框的证明文件。
申请人签名	在申请表上签名并注明日期。

请附上服务日期前3个月和12个月的收入证明复印件。(请勿寄送原件, 因为原件无法退还。)

未能提供本表格中要求的信息可能会导致严重的处理延迟和/或您的申请将被拒绝。

如有疑问或要求协助填写申请表, 请致电我们的Avita PFS客户服务热线 419-468-0512。