

**医院医疗保险计划 (HCAP)/慈善治疗/经济资助申请表**

患者姓名 (姓) _____ (名) _____ (中间名) _____	账号 _____
地址 _____	服务日期 _____
市/州 _____	患者出生日期 _____
邮政编码 _____ 电话号码 _____	患者社会保险号 _____

服务是否属于医疗保险承保范围?  是  否

您在接受服务时是否为俄亥俄州居民?  是  否

您在接受医院服务时是否享受 Medicaid?  是  否  
如果是, 请输入理赔账单编号: \_\_\_\_\_

此类服务是否因机动车事故导致?  是  否

请提供您所有直系亲属的以下信息, 包括您自己。根据 HCAP 之目的, “家庭”指患者、患者的配偶 (无论是否在患者家中居住) 以及患者所有未满 18 岁且在患者家中居住的子女 (无论亲生或收养)。

家庭成员姓名	年龄	与患者的关系	列出雇主或收入来源名称	所有收入的雇用/开始日期	3 个月的收入	12 个月的收入
(患者)		自己				
合计:						

请在此申请表中附带收入证明文件。收入证明文件可包括工资单或包含相应时间段内 (服务之前的 3 个月或 12 个月, 或包含 3 个月或 12 个月的当前收入) 收入信息的其他文件:

\*如果您申报的收入为零, 请说明您如何获得资助。 \*如果不再工作, 请提供最近的工作日期。

**资产价值**

住房:  自有  租赁 每月费用: \$ \_\_\_\_\_

支票账户余额: \$ \_\_\_\_\_ 储蓄账户余额: \$ \_\_\_\_\_

投资总额: \$ \_\_\_\_\_ 投资描述: \_\_\_\_\_

其他资产价值: \$ \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_

资产描述 (汽车、游艇等) \_\_\_\_\_

其他收入: \$ \_\_\_\_\_ 其他收入描述: \_\_\_\_\_

每月开支总额 (住房费用、汽车费用、公用事业、食品等): \$ \_\_\_\_\_

请将填写完毕的申请表寄至:

OhioHealth  
L-4312  
Columbus, OH 43260  
或传真至: 614-566-6080  
或发送电子邮件至: customercenter@OhioHealth.com

如需其他协助, 您可致电 614-566-1505, 或造访 OhioHealth 医院的财务顾问。

我证明, 据我所知, 以上信息真实准确。此外, 我将采取任何必要的合理举措获取资助 (Medicaid、Medicare、保险等), 以支付我的医院费用。经济资助是最终手段。在获得资助前, 应充分利用其他任何责任险或可能的费用承担者。

我理解, 本申请 (或申请表) 旨在使医院能根据既定标准, 确定我能否享用 HCAP 或获得经济资助。如果我提供的任何信息被证明为不真实, 我理解医院可重新审核我的财务状况, 并采取任何适当措施。我授权 OhioHealth 从其他来源获取财务信息, 如信用报告、财产查询和/或收款代理机构提供的信息 (如需要)。



申请人签字: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_

面试负责人签字: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_