

# 经济援助申请表

服务日期: \_\_\_\_\_ 账号: \_\_\_\_\_

患者或申请人姓名: \_\_\_\_\_

地址: \_\_\_\_\_

城市: \_\_\_\_\_ 州: \_\_\_\_\_ 邮政编码: \_\_\_\_\_

电话: \_\_\_\_\_ 婚姻状况: \_\_\_\_\_

**为获得经济援助, 以下内容必需填写。请注意, 未投保患者须投保我们有资质的保险提供商, 方可获得援助。**

(请填写同居配偶和 18 岁以下的受抚养子女信息及其出生日期)

姓名	与患者关系	出生日期	服务日期之前 3 个月的总收入	服务日期之前 12 个月的总收入	收入来源即雇主名称 (如果您是大学生, 请注明)
	本人				

1. 如果您申报的总收入为零, 您将如何获得援助? \_\_\_\_\_
2. 您来访时居住在哪个州? \_\_\_\_\_
3. 您是否申请过医疗补助或任何其他州县的援助?  否  是 (日期/州 \_\_\_\_\_)
4. 服务日期当日您是否有医疗保险?  否  是 (请在提交此申请表时一并提供身份证副本)
5. 服务日期是否与汽车行车事故有关?  否  是 (保险名称/理赔号 \_\_\_\_\_)
6. 您的任一家庭成员是否有支票账户或储蓄账户?  否  是 (金额 \_\_\_\_\_)
7. 您的任一家庭成员是否有其他资产?  否  是 (类型/金额) \_\_\_\_\_
8. 您是自有还是租赁房屋?  自有  租赁  其他 ( \_\_\_\_\_)

## 对于以上列出的收入资产, 您必须提供每位家庭成员的以下信息:

(请核查收到的项目)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 雇员 = 3 或 12 个月的收入 | <input type="checkbox"/> 个体就业 = 填写税务表格, 包括附表 C         |
| <input type="checkbox"/> 失业 = 救济信          | <input type="checkbox"/> 子女抚养 = 法院裁决文件                 |
| <input type="checkbox"/> 社会保障 = 救济信        | <input type="checkbox"/> 其他 = 其他收入 (如股息、利息、租金收入) 的证明文件 |
| <input type="checkbox"/> 养老或伤残 = 救济信       | <input type="checkbox"/> 支票/储蓄 = 每个账户最近 30 天流水         |

**证明:** 签署本文件即证明, 本人确认本申请表中的问题答复真实无误。如果后续审核个人经济援助申请时, 发现个人提供的信息不正确或存在欺诈性, 则可能会撤销提供经济援助的决定, 并向责任方收取费用。本人了解, 本人提交的信息须经本人的医疗服务提供方 (包括信用报告机构) 核实, 并且按照规定须经联邦和/或州机构及其他有关方的审查。

患者签名: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_

申请人或代表签名: \_\_\_\_\_ 关系: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_

(如不是患者本人)

请将填妥的申请表及相关文件邮寄至:  
Mercy Health Public Benefits Dept  
PO Box 631774  
Cincinnati, OH 45263-1774

最后修订日期: 2024 年 3 月