

**財務援助篩查申請**

患者姓名 \_\_\_\_\_ 婚姻狀態 \_\_\_\_\_

完整地址 \_\_\_\_\_ 電話 \_\_\_\_\_

社會安全號碼 \_\_\_\_\_ 帳號 \_\_\_\_\_

服務日期 \_\_\_\_\_

- 您必須在服務日期或是第一張帳單註明日期的 6 個月內提出 MCH 醫院財務援助申請

您在接受服務的時候是俄亥俄州的居民嗎？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	您在這個服務日期時是殘障補助的現任領用人嗎？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
您目前是俄亥俄州的居民嗎？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	您在這個服務日期時是否符合 Medicaid、Medicaid with a Spend Down、Caresource 或 Molina 的資格？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
您是否基於接受健康照護的唯一原因才居住在俄亥俄州？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	您在這個服務日期時是否有任何其他保險給付？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
當前或未來是否有任何其他實體應該負責/償還這筆債務？ 若是，請列出名稱 _____ 聯絡人電話號碼 _____	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	**如果您對上述任一問題的答案為是，請寄送保險卡或其他給付證據副本，如此我們才能適當地開立帳單。	

僅列出您的配偶以及未滿 18 歲且住在家中/在外居住的親生或領養子女。

姓名	年齡	住在家中	關係
		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	

如果患者是未成年人，請提供母親和父親的收入以取代患者和配偶的內容

總收入(稅前)	患者/母親	配偶/父親
服務日期前 3 個月的總收入。	\$	\$
服務日期前 12 個月的總收入。	\$	\$
您在這個月月底前預期的總收入？	\$	\$
列出任何其他每月收入及該筆收入的來源	\$	\$
如果報告的收入是「\$0」，則請提供簡短聲明，以說明如何負擔正常生活費用。		

費用		
租金/抵押貸款	\$	\$
醫療帳單/處方藥	\$	\$

資產		
擁有主要住所或其他物業？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	價值：\$
銀行帳戶/餘額？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	價值：\$

本人證明上述所提供的資訊就我所知是真實而且正確的且應由 Diley Ridge 確認。本人瞭解，我可能需要提供收入及/或資產證明才能完成這項申請。基於醫院援助方案目的，本人授權 Diley Ridge 存取我的信用局報告以確認此資訊。本人也瞭解，如果資訊被判定為不實，本人將需要負擔服務費用。請附上說明任何特殊情況的信函。

\_\_\_\_\_ 簽名

\_\_\_\_\_ 日期