

# 經濟援助申請

## 矯形外科研究所 (Institute for Orthopaedic Surgery)

服務日期：\_\_\_\_\_ 帳戶編號：\_\_\_\_\_

患者或申請人姓名：\_\_\_\_\_ 地址：\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 城市：\_\_\_\_\_ 州：\_\_\_\_\_

郵遞區號：\_\_\_\_\_ 家庭電話號碼：\_\_\_\_\_ 手機號碼：\_\_\_\_\_

患者社會保障號：\_\_\_\_\_ 婚姻狀態：\_\_\_\_\_

### 申請經濟援助必須回答以下問題

1. 您接受醫院服務時是俄亥俄州居民嗎？ 是 \_\_\_\_\_ 否 \_\_\_\_\_  
a) 如果回答「否」，您當時住在哪個州？ \_\_\_\_\_
2. 您是否申請過 MEDICAID 或其他縣援助？ 是 \_\_\_\_\_ 否 \_\_\_\_\_  
a) 如果回答「是」，您遞交申請的日期是何時？ \_\_\_\_\_  
b) 如果回答「是」，您是否曾在除俄亥俄州之外的其他州申請 MEDICAID？ 是 \_\_\_\_\_ 否 \_\_\_\_\_  
如果回答「是」，您曾在哪個州申請承保？ \_\_\_\_\_
3. 在接受服務時，您是否有健康保險承保？ 是 \_\_\_\_\_ 否 \_\_\_\_\_  
a) 如果回答「是」（並且醫院未向該保險開具帳單），請在提交本申請時隨附保險卡副本。
4. 接受服務是否與車輛事故有關？ 是 \_\_\_\_\_ 否 \_\_\_\_\_  
a) 如果回答「是」，您是否提交了索賠申請？ 索賠編號：\_\_\_\_\_ 保險名稱：\_\_\_\_\_
5. 您是否有健康儲蓄帳戶 (HSA)？ 是 \_\_\_\_\_ 否 \_\_\_\_\_  
a) 如果回答「是」，請寄送顯示當前餘額的證明文件副本。
6. 請指出您的家庭成員中是否有人擁有以下資源。  
a) 您的房屋是所有的還是租賃的？ 自有 \_\_\_\_\_ 租賃 \_\_\_\_\_  
b) 存款/儲蓄：是 \_\_\_\_\_ 否 \_\_\_\_\_ 如果回答「是」，請寫出總金額 \$ \_\_\_\_\_  
c) 其他資產包括但不限於存款單/股票/債券/貨幣市場帳戶：是 \_\_\_\_\_ 否 \_\_\_\_\_  
如果回答「是」，請寫出總金額 \$ \_\_\_\_\_

請在下面列出您的所有家庭成員。如果位置不夠，請附加額外表格

| 姓名 | 與患者的關係 | 出生日期 | 在患者接受服務之前的<br>3 個月內的總收入 | 在患者接受服務之前的<br>12 個月內的總收入 | 收入來源<br>雇主名稱<br>(請說明是否為大學生) |
|----|--------|------|-------------------------|--------------------------|-----------------------------|
|    | 本人     |      |                         |                          |                             |
|    |        |      |                         |                          |                             |
|    |        |      |                         |                          |                             |
|    |        |      |                         |                          |                             |
|    |        |      |                         |                          |                             |

提交本申請時請隨附 3 個月或 12 個月收入證明：

收入是指納稅的總收入，包括但不限於：• 就業工資或薪水（寄送 3 個月的工資單）• 失業 • 贍養費 • VA 福利 • 社會保障（扣減之前）或授予信 • 子女撫養費 • 養老金或退休金 • 401K • 工傷賠償授予信 • 一次性付款 • OWF 援助 • 年金 • 現金收入 • 個體經營記錄 • 臨時工作 • 聯邦所得稅申報單 • 任何其他收入 • 如果您報告零收入，您必須填寫下面的支援證明才能申請經濟援助 • 可能要求提供存款/儲蓄（或其他資產）的證明 • 食品券不算作收入，但應在下面的「支援證明」中列出

如果您報告零收入，您如何證明？ \_\_\_\_\_

**保證：**在本文件上簽名，即表示我確定本申請中的回答真實準確。如果針對個人經濟援助申請的後續審查發現個人提供不準確的資訊或欺詐資訊，可能撤銷提供經濟援助的決定，並向責任方收取費用。我瞭解我提交的資訊將接受醫院服務提供者（包括信用報告機構）的核實，並接受聯邦和/或州機構以及規定的其他機構的審查。我授權雇主向醫院服務提供者提供我的收入證明。

患者簽名：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

申請人或代表簽名：\_\_\_\_\_ 與患者的關係：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_  
(如果不是患者本人)

將填寫完整的申請和文件寄送至：  
Institute for Orthopaedic Surgery  
Attn: Billing Department  
801 Medical Drive, Suite B  
Lima, Ohio 45804