

经济援助申请表

患者或申请人姓名: _____

地址: _____

城市: _____ 州: _____ 邮编: _____

电话: _____ 婚姻状况: _____

服务日期: _____

账号: _____

CSN: _____

医院: _____

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。我们将于收到完整填写的申请书并知悉您已投保我们保险提供商的 90 天内作出决定

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)
	个体				

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. 您是自有或是租赁房屋? 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)

雇员 = 3 或 12 个月的收入

失业 = 救济信

社会保障 = 救济信

养老或伤残 = 救济信

个体就业 = 填写税务表格, 包括附表 C

子女抚养 = 法院裁决文件

其他 = 其他收入 (如股息、利息、租金收入) 的证明文件

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: _____ 与申请人的关系: _____ 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:

Bon Secours Southside Regional Medical Center
200 Medical Park Blvd. | Petersburg, VA 23805

最新修订: 2020 年 4 月 1 日