

財務援助申請表

服務日期：_____

帳號：_____

患者或申請人姓名：_____

地址：_____

城市：_____ 州：_____ 郵遞區號：_____

電話：_____ 婚姻狀況：_____

為審核您的財務援助申請，必須完整填寫以下資訊。請注意，未投保患者需先與我們的保險資格審核單位合作，才能獲得援助。

(請列出與您同住的配偶及未滿 18 歲的受扶養子女，並註明他們的出生日期)

姓名	與患者的關係	出生日期	服務日期前 3 個月總收入	服務日期前 12 個月總收入	收入來源/雇主名稱 (學生請註明就讀學校)
	本人				

1. 若您申報的總收入為零，您的生活來源為何？_____

2. 您在就診時所居住的州為何？_____

3. 您是否曾申請 MEDICAID 或其他縣級援助？ 否 是 (日期/州_____)

4. 您在服務日期是否有醫療保險？ 否 是 (請附上保險卡影本)

5. 服務日期是否與車禍有關？ 否 是 (保險公司名稱/理賠號碼_____)

6. 您家裡是否有任何儲蓄或支票帳戶？ 否 是 (價值_____)

7. 您家裡是否有其他資產？ 否 是 (類型/價值_____)

8. 您是否自有或租賃住房？ 自有 租賃 其他 (_____)

對於以上列出的收入及資產，請為每位家庭成員提供以下證明文件：

(請核取已收到者)

受僱人士 = 過去 3 個月或 12 個月的薪資單

自僱人士 = 完整的報稅表 (包含附表 C)

失業人士 = 福利金證明

子女撫養費 = 法院判決書

社會保障金領取者 = 福利金證明

其他 = 任何其他收入的證明，例如股息、利息、租金收入

養老金或殘疾津貼領取者 = 福利金證明

儲蓄/支票帳戶 = 最近 30 天的銀行對帳單

核證：簽署本文件，即表示本人確認本申請表上填寫的資訊屬實。若日後審查發現個人財務援助申請資訊有不實或詐欺情事，院方可撤銷財務援助決定，並向責任方追討相關費用。本人明白，本人提交的資訊須經院方 (包括信貸報告機構) 核實，必要時須經聯邦及/或州政府機構及其他機構審查。

患者簽名：_____ 日期：_____

申請人或代理人簽名：_____ 關係：_____ 日期：_____ (若非患者本人)

請將填妥的申請表及相關文件郵寄至：

Bon Secours Mercy Health Financial Aid, P.O. Box 631360

Cincinnati, OH 45263-1360 (美國)

最後修訂日期：2024 年 3 月