

用于申请医疗补助

如果您希望申请补助，请完整填写下面的表格后，将表格交还给俄亥俄州立大学 Wexner 医学中心。

如果您仅仅是为了治病而进入俄亥俄州，则没有资格申请补助。

如果您无力支付俄亥俄州立大学 Wexner 医学中心的账单，需要进一步的援助，请致电 614-293-2100。

患者姓名 _____	今天的日期: _____
地址: _____	
出生日期 _____ 医疗记录编号 (由受理机关填写): _____	
1) 患者获得服务时是否系俄亥俄州居民? ..... 是 _____ 否 _____	
2) 患者获得服务时是否有医疗保险? ..... 是 _____ 否 _____	
3) 患者获得服务时是否正在领取 Medicaid 补助? ..... 是 _____ 否 _____	
如果您对问题 2 或 3 的答案是肯定的，请随本申请表附上保险卡或 Medicaid 医保卡的复印件。	

使用本院服务日: \_\_\_\_\_

请提供您所有直系家庭成员的下列信息。

就 HCAP 而言，“家庭成员”系指患者本人、患者的配偶（无论是否共同生活）以及所有 18 岁以下与患者共同生活的子女。

(必要时，可另纸书写)

\*\* 如果患者是未成年人，则亲生父母双方的情况都必须填写，即使他们不与患者共同生活。

姓名	出生日期	与患者的关系	使用本院服务日之前三 (3) 个月内取得的总收入	使用本院服务日之前十二 (12) 个月内取得的总收入	收入来源 (工资、养老金、社会安全金、失业金等)	开始领取/受雇入职日期
		患者本人	美元	美元		
			美元	美元		
			美元	美元		
			美元	美元		
			美元	美元		

请选择所附收入证明类型：收入证明必须包括服务日之前 3 月和 12 月的收入情况。（请提供复印件—原件交后不退）

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 工资单                | <input type="checkbox"/> 失业证明           |
| <input type="checkbox"/> 社会安全金/养老金/残障金福利通知函 | <input type="checkbox"/> 关于 _____ 收入的证明 |
| <input type="checkbox"/> 雇主出具的总收入证明函        |   |

如果您申报 0 美元收入，则请简要说明在服务日之前的 3 个月和 12 个月，您的经济来源是什么。如果有人接济您，请让接济您的人出函，证明是在哪个期间接济您以及所提供接济的类型。

如果您的家庭收入超过联邦贫困线，我们会审核您是否有资格申请其他补助。审核工作可能包括取得您信用报告中的信息。

本人在下面签字，即表示本人保证，本人在本申请表及附件中提供的信息均属实。

\_\_\_\_\_  
申请人签字 日期

\_\_\_\_\_  
与患者的关系 (如果非患者本人) 患者电话号码

\_\_\_\_\_  
审查意见 (由受理机关填写):

请将此表连同收入证明送交：  
OSU Wexner Medical Center  
Financial Assistance Department  
PO Box 183107  
Columbus, OH 43218-3107  
传真号码：614-293-2260  
电子邮件：financialassistance@osumc.edu

由受理机关填写  
审核：\_\_\_\_\_ 扫描件送补助事务处