

Kettering Health主院区、Kettering Health Miamisburg、Kettering Health Dayton、Kettering Health Washington Township、Kettering Health Greene Memorial、Soin Medical Center、Kettering Health Hamilton、Kettering Health Behavioral Medical Center和Kettering Health Troy

## 第1部分:患者信息(必填)

请填写以下患者信息。

医院服务日期 \_\_\_\_\_

患者姓名 \_\_\_\_\_ 出生日期 \_\_\_\_\_

地址 \_\_\_\_\_

城市 \_\_\_\_\_ 州 \_\_\_\_\_ 邮政编码 \_\_\_\_\_ 手机号码 (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

您在最近90天内是否曾经申请过医疗补助福利?  是  否

您接受医院服务时是否属于俄亥俄州居民?  是  否

您在接受服务期间是否正在接受医疗补助?  是  否

您在接受服务期间是否正在接受残疾补助?  是  否

婚姻状况:  已婚  离异  丧偶  单身  同居

## 第2部分:家庭人数(必填)

列出家庭人数并包括所有家庭成员的姓名、出生日期、年龄和关系。

家庭人数 \_\_\_\_\_ ((包括您本人、配偶/同居伴侣、所有赡养人、以及其他家庭成员))

配偶/同居伴侣姓名 \_\_\_\_\_ 出生日期 \_\_\_\_\_

提供所有家庭成员的以下信息及其关系,因为 HCAP 和 Kettering Health Charity 计算家庭人数的方式不同。(只有已婚、亲生或收养的亲属才能被算作一个 HCAP 家庭。)

姓名 \_\_\_\_\_ 出生日期 \_\_\_\_\_ 年龄 \_\_\_\_\_ 关系 \_\_\_\_\_

### 第三部分:家庭收入(必填)

请提供您本人、配偶/同居伴侣以及所有其他家庭成员最近3个月和/或医院服务日期之前12个月的税前月收入。可接受的收入证明文件:支票存根、纳税申报表/1099表/W2表、社会保障/养老金/退伍军人事务报表、法庭文件及其他如下报告的收入证明文件。

家庭收入	患者	配偶/同居伴侣	18至20岁抚养人	父母或照料者
就业收入				
社会保障毛收入				
养老金/退休金				
退伍军人事务部福利				
T临时残疾收入(TDI)				
失业福利				
赡养费				
儿童抚养费				
其他(请说明)				
<b>其他(请说明)</b>	<b>\$</b>	<b>\$</b>	<b>\$</b>	<b>\$</b>

1. 在过去的12个月里,您的月收入是否有变化?  是  否
2. 过去3个月家庭总毛收入 \$ \_\_\_\_\_
3. 过去12个月家庭总毛收入 \$ \_\_\_\_\_
4. 如果进行零收入申报,请简要解释您是如何支付每月花费。

我授权Kettering Health向制药公司提交或交换个人信息文件,以帮助我获得用于支付我医疗费用的经济援助,并通过我在下方的签字证明,我在本申请中的所有陈述就我所知均为真实准确的。

我知晓 Kettering Health 会核实我提交的信息。我知晓如果我提供的任何信息证明不实,Kettering Health将重新评估我的经济援助资格状态并采取适当行动。本人 知晓Kettering Health可能要求提供额外收入证明,且未提交所需文件将导致申请被拒。

申请人/法定监护人签名 \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_  
如果由患者之外的人签名,请列出全名以及患者无法签名的原因。

转发申请以及所有适用文件至:**Kettering Health Financial Assistance P.O. 信箱:933310 Cleveland, OH 44193, 电子邮件: [FinancialCounselors@ketteringhealth.org](mailto:FinancialCounselors@ketteringhealth.org) 或传真:(937) 522-9944。**如遇到其他问题,请拨打:(937) 914-7680