



患者经济/药物援助 申请

Kettering Health Main Campus, Kettering Health Miamisburg, Kettering Health Dayton, Kettering Health Washington Township, Kettering Health Greene Memorial, Soin Medical Center, Kettering Health Hamilton, Kettering Health Troy, Kettering Health 威尔明顿分院, 以及Kettering Health Behavioral Medical Center

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 _____ 邮编 _____ 电话号码 (_____) _____

您在接受医院服务时是俄亥俄州居民吗？ ☐ 是 ☐ 否
(适用于医院医疗保障计划)

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 _____

姓名 _____	出生日期 _____	年龄 _____	关系 _____
姓名 _____	出生日期 _____	年龄 _____	关系 _____
姓名 _____	出生日期 _____	年龄 _____	关系 _____
姓名 _____	出生日期 _____	Tuổi _____	关系 _____
姓名 _____	出生日期 _____	年龄 _____	关系 _____
姓名 _____	出生日期 _____	年龄 _____	关系 _____
姓名 _____	出生日期 _____	年龄 _____	关系 _____
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				
临时残疾收入（TDI）				
失业福利				
赡养费				
儿童抚养费				
其他（请说明）				
月度总收入	\$	\$	\$	\$

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. Box 933310 Cleveland, OH 44193, 电子邮件：FinancialCounselors@ketteringhealth.org或传真：(937) 522-9944。 如遇到其他问题，请拨打电话：(937) 914-7680