



321 GENESEE ST, ONEIDA, NEW YORK 13421  
 财政援助计划申请

**您必须自出院之日起120天内申请经济援助。此填写的表格以及所有请求的文档必须在 30 天内退回业务办公室才能考虑。此应用程序将涵盖 6 个月预定期。**

名称：最后\_\_\_\_\_第一\_\_\_\_\_中间初始\_\_\_\_\_

地址：\_\_\_\_\_市，州\_\_\_\_\_邮政编码\_\_\_\_\_

患者出生日期：\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 社会保障\_\_\_\_\_

家庭电话(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ 雇主 \_\_\_\_\_

**收入证明: 强制性**

( ) 最近的纳税申报表 ( ) 2 个月的工资单 ( ) 利益声明 ( ) 其他说明) \_\_\_\_\_

拒绝医疗补助 (如果适用) \_\_\_\_\_

**如果此申请未返回收入证明，则经济援助将被延迟或拒绝。**

家庭人数 \_\_\_\_\_

患者/担保人总收入\$ \_\_\_\_\_

配偶总收入 (如适用) \$ \_\_\_\_\_

不包括在总收入中的社会保障付款\$ \_\_\_\_\_

不包括在总收入中的养恤金和年金\$ \_\_\_\_\_

其他收入：(请具体说明) Ex：赡养费、子女抚养费等。\$ \_\_\_\_\_

**家庭总收入\$ \_\_\_\_\_**

**(如果您的收入低于联邦贫困指南，您可能会被要求申请医疗补助)**

服务日期	患者姓名	帐号	平衡

我证明上述信息是真实和准确的，据我所知。此外，我将申请任何援助或第三方付款（医疗保险，医疗补助，保险等），我可以支付医院费用。我会采取任何合理必要的行动，以取得这种援助，并将分配或支付从本申请所受的收费所收取的款项，而不论何时收到该笔款项。据我了解，此申请旨在确定根据 Oneida Health 的财政援助计划获得服务的资格。如果我提供的任何与本申请相关的信息后来被确定不正确，则根据正确的信息重新评估经济援助计划的资格，我可能需要负责支付以前认为符合条件的任何服务。

与病人的关系(s) \_\_\_\_\_ 签名: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_

我们的业务办公室开放时间为周一至周五上午 9 点至下午 3 点。如果您对此申请有疑问，请致电 315-361-2230。谢谢  
 EDM 01913 (06/20) Financial Assistance Application  
 REV