

## 如何填写补助申请表

信息栏描述	详细说明
患者姓名	患者姓名（请工整填写）
出生日期	患者的出生日期
地址	患者的现住址（请工整填写）
医疗记录编号	由受理机关填写
患者是否系俄亥俄州居民？	选择“是”或“否”作答。 俄亥俄州居民身份的判断标准是，使用本院的服务时系自愿在俄亥俄州居住，未领取其他州的公共补助，并且不是完全为了获得医疗服务才到俄亥俄州来
患者获得服务时是否有医疗保险？	选择“是”或“否”作答。如果回答“是”，请随附保险卡复印件。
患者获得服务时是否正在领取 Medicaid 补助？	选择“是”或“否”作答。如果回答“是”，请随附 Medicaid 医保卡复印件。
使用本院服务日	患者在本医院的就诊日期（或入院日期）
家庭成员	请填写直系家庭成员的姓名，包括您本人（患者）、患者的配偶（无论是否与患者共同生活）、患者 18 岁以下与患者共同生活的子女（亲生或收养）。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。
出生日期	家中每个人的出生日期。
与患者的关系	填写与患者之间的关系。例如：患者（本人）、配偶、子女（亲生或收养）或父母（如果患者未成年）
使用本院服务日之前三（3）个月内取得的总收入	填写在使用本院服务日之前的 90 天中，每个人取得的总收入。如果在这 90 天内没有收入，则填 0。 <i>示例：使用本院服务日为 2012 年 4 月 1 日，那么 2012 年 1 月 1 日至 2012 年 3 月 31 日期间取得的收入金额</i>
使用本院服务日之前十二（12）个月内取得的总收入	填写在使用本院服务日之前的 12 个月中，每个人取得的总收入。如果在这 12 个月内没有收入，则填 0。 <i>示例：使用本院服务日为 2012 年 4 月 1 日，那么 2011 年 4 月 1 日至 2012 年 3 月 31 日期间取得的收入金额</i>
收入来源	填写该者的雇主名称或任何其他收入来源。收入来源包括失业金、社会安全金、退伍军人福利金、养老金等。
开始/受雇日期	填写现职的入职或受雇日期，或开始领取失业金、社会安全金、退休金等福利的日期。
如果您申报 0 美元收入，则请简要说明您的经济来源是什么。	请说明在使用本院服务日之前的 3 个月和 12 个月，您的生活来源是什么。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（例如食宿等）。另外，请让此人在证明函上签字并署明日期。
申请人签字	本申请表必须由患者、患者的配偶、父母（如果患者未成年）或法定代表（须随附授权书）签字。
日期	必须署明本申请表填写日期。
与患者的关系	说明在本申请表上签字者与患者的关系（如签字者非患者本人）。
电话号码	患者的电话号码（包括区域代码）

请附上使用本院服务日之前 3 个月和 12 个月的收入证明复印件。（请勿提供原件，收入证明概不退还）

注意：随本申请表提交的所有文件均须在顶部注明您的编号

在本申请表上签字并署明日期之日不得早于使用本院服务日之前 7 天。