

经济援助申请表

说明:除非另有说明,所有栏目均必须填写。

病历号: _____

患者信息

姓氏, 名字

出生日期

街道地址

城市, 州, 邮编

社会保障号码

家庭电话号码

备用电话号码

担保人信息

姓氏, 名字

出生日期

收入来源

过去 12 个月家庭年收入

社会保障号码

如果收入为 0 美元, 请选择以下其中一项:

- 残障
- 与亲戚同住
- 无家可归
- 已退休
- 与朋友同住
- 失业

家庭人数

家中 21 岁以下儿童人数

家庭交通工具, 包括汽车/船/房车

支票/储蓄账户余额

经济援助申请表

拥有的房产和价值

存款证/退休/投资账户余额

其他资产

请在签字前阅读。我保证，据我所知，我提供的信息真实、准确。我将独自或在医院工作人员的协助下申请可通过联邦、州、地方政府和私人来源获得的任何及所有援助，以便帮助支付本医院账单。我了解，如果不配合我的医院提供者提供所要求的信息，我的经济援助申请可能会被拒绝。我特此许可并授权 Medicaid 计划的任何认可代理人向我的医院提供者披露与我的 Medicaid 申请状态、申请是否未获批准以及未获批准的原因相关的所有信息。我将把从上述来源收到的所有资金分配给我的医院提供者，这些资金用于帮助支付本医院账单。我代表我本人以及我的直系亲属、授权代表、医生、顾问（包括神职人员）和律师，同意对我和我的医院提供者之间有关我的医院提供者向我提供的服务相关事宜的任何书面沟通和/或口头讨论进行严格保密。我了解，我提交的信息须经我的医院提供者（包括信用报告机构）验证，并须按要求接受联邦和/或州机构和其他机构的审查。我授权我的雇主向我的医院提供者提供我的收入证明。我了解，如果我提供的任何信息被证明虚假，我的医院提供者将重新评估我的财务状况并采取任何适当行动。为了获得援助资格，可能需要至少一份证明家庭收入的支持文件。支持文件可以包括但不限于最近一年的纳税申报表、最新 W-2 表格、经过公证的佐证书等。如果未提供支持文件，援助请求可能会被拒绝。将有资格针对任何未付余额采取进一步催收措施。[佛罗里达州申请人：佛罗里达州法规第 817.50 (1) 条。任何人故意或意图从本州任何医院骗取、获取或试图获取货物、产品、商品或服务，均属二级轻罪，可根据第 775.082 条或第 775.083 条规定予以处罚。]

申请人/担保人签名

填写日期

如何提交申请

普通邮件	AdventHealth, Attn: Financial Assistance, PO Box 935979, Atlanta, GA 31193
电子邮件	Financialassist@medsrv.co (电子邮件地址中句号后只能有两个字母)
患者门户	https://account.adventhealth.com/login or  AdventHealth App
有疑问?	800-462-0490

