请回复：
Cincinnati Children's Hospital
Billing Customer Service
3333 Burnet Avenue, MLC 5011
Cincinnati, Ohio 45229-3026
传真：513-803-6577

保险后差额/经济援助/自费申请表

请工整书写 _____

申请日期：_____ PFC _____FT_____
年 月 日 （仅限于办公室使用 (office use only)）

责任方：_____
姓 名 中间名首字母

患者姓名：_____
（每位患者需要填写一份申请表） 姓 名 中间名首字母

医疗保健期间的患者地址：_____
街道 公寓号
_____ _____ _____ _____
省 市 邮编 县

当前地址_____
街道 公寓号
_____ _____ _____ _____
省 市 邮编 县

医院服务日期：_____ 患者出生日期：_____
年 月 日 年 月 日

患者在接受医院服务时是否具有健康保险或 Medicaid？ 是 ☐ 否 ☐
**如果您的回答为"是"，*请附上患者的保险卡或 Medicaid 卡的副本（正反面），并填写以下内容：

保险公司和/或 Medicaid 计划名称：_____

投保人 ID 号或 Medicaid ID 号：_____

请注意：

- 折扣不适用于 Robin Cotton 医生或非辛辛那提儿童医院医疗中心 (Cincinnati Children's Hospital Medical Center) 雇用医疗人员提供的专业服务，**也不给付共付额。**
- 其所参加的保险计划**未**与辛辛那提儿童医院医疗中心签订合约的家庭，将没有资格享受其索赔中未缴付部分的折扣。仅在由免赔额和/或共同保险产生的余额中有资格享受折扣。
- 经济援助为最后一种手段，享受折扣前应用尽其它适用的保险。

请填写以下内容：*如果患者年满 18 周岁及以上，则必须填写此申请。*
请在下面列出所有家庭成员。包括患者、患者父母（无论他们是否在家里居住）及与患者一起住在家里的 18 周岁以下的孩子（自然或领养）。如果您需要更多空间，在下一页的支持声明框内列出住在家中的其他家庭成员。

家庭成员	年龄**与**出生日期	**与患者之间的关系** （如果有不住在家里的父母，请注明）
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

请填写此申请表的第二页并签字。

请在下面列出**所有**家庭收入，包括总工资收入（税前）、社会保障金、子女抚养费、租赁收入、失业救济金等。其他收入情况举例如下。***如果有不住在家里的父母，列出您从其身上获得的收入或子女抚养费***。在下面的支持声明框内列出其他收入。需要核实收入和居住情况。

家庭成员	收入来源或雇主姓名	服务日期**前** 3 个月和/或 12 个月的收入

除填写完整的经济援助申请之外，我们还需要以下文件：

1. **总工资收入（税前）证明。**附上医院服务日期前 3 个或 12 个月的劳动所得或非劳动所得收入。**收入情况举例如下，包括但不限于：**反映年初迄今（服务日期前）总收入的工资单、W-2 税单、子女抚养费（仅适用于患者为目标接收者时）、雇主证明信函（如不可提供工资单）、奖金信函、失业、社会保障收入报表（扣除前）、退伍军人福利金、赡养费、现金收入、租赁收入、养老/退休金或其它收入。**若您收入为 $0.00，**请完成下方的支持声明，解释您和/或您的家人在接受医疗护理期间是如何获得支持的。**若您为个体经营，**请写一份收入证明，签字且标注日期，并提供附表 C 和联邦纳税申报表第 1 页的复印件。

2. **居住证明**。附上**一份**以下可接受的文件，表明**接受医疗护理期间的居住地址：**水电费账单、电话或有线电视账单、租金收据、信用卡账单、选民登记卡或驾驶执照复印件或国家身份证复印件。

本人在下方签名，即表示就本人所知与所信，本人保证已仔细阅读该申请表，本人声明的所有内容以及附加的任何文件均真实无误。**本人了解蓄意提供虚假信息以获得经济援助属于违法。**

责任方签名_____ 填写日期_____

如您有任何疑问，请联系辛辛那提儿童医院医疗中心账单客户服务部 (Billing Customer Service Department)，
地址：3333 Burnet Avenue，MLC 5011，Cincinnati，Ohio 45229-3026
或致电 513-636-4427 选 9 或 1-800-344-2462，转 4427。可将疑问发送电子邮件至 PFC@cchmc.org
办公室工作时间为周一 - 周五上午 7:30 至下午 5:00。我们的传真号码是 513-803-6577。

****

若您收入为 $0.00，请完成支持声明，解释您和/或您的家人在接受医疗护理期间是如何获得支持的。

支持声明

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____