

儿童医院和医疗中心 经济援助申请表

请圈选出您要申请经济援助的医疗保健提供者：

医院	专科医师	儿科医师	家庭医疗保健
儿童医院 患者账目 PO Box 247036 Omaha, NE 68124-7036	医师计费 PO Box 24607 Omaha, NE 68124	儿科医师 (请说明诊所位置)	儿童家庭医疗保健 患者账目 4156 South 52 Street Omaha, NE 68117

请提供有关患者账目和您自己的以下信息：

患者姓名			
医院、医师或家庭医疗保健账号	结欠余额	医院、医师或家庭医疗保健账号	结欠余额
填写表格者姓名	与患者的关系		
邮寄地址	日间电话号码		
	夜间电话号码		
家庭中工资收入者人数		家庭中受赡养者人数	
每月总收入（全部工资收入者）	（请将赡养费、子女抚养费、残疾和失业补助均包括在您的收入中。）		
注释			

请将以下所有项目寄回到您在上方圈选的地址：

- ✓ 填妥的经济援助申请表
- ✓ 所有工资收入者最近的 W-2 表格或所得税申报表
- ✓ 所有工资收入者/收款人最近的工资单或显示其他收入来源的凭证
- ✓ 来自卫生与公共服务部的说明患者不符合 Medicaid 资格的通知

向家庭提供表格的员工		提供表格的日期	
	必须交回表格的日期 (15天)		

我证明，据我所知，到下方注明的日期为止，上述信息为真实准确的信息。

表格填写者签名	日期

仅限诊所使用	批准的经济援助百分比和金额（美元）	%	\$
批准者：	签名		日期