

AANVRAAGFORMULIER VOOR FINANCIËLE STEUN VAN UNIVERSITY HOSPITALS

Vriendelijk verzoeken we u dit aanvraagformulier in te vullen als u in aanmerking denkt te komen voor financiële steun. De volledige aanvraag wordt pas in behandeling genomen nadat u deze volledig hebt ingevuld en ondertekend.

Als u vragen of opmerkingen over dit aanvraagformulier hebt of hulp nodig hebt bij het invullen ervan, kunt u ons bellen op (866) 771-7266 of een van de UH-ziekenhuizen bezoeken.

Naam patiënt: _____ Geboortedatum patiënt: _____ Behandeldatum: _____
 Adres: _____ Burgerlijke staat: _____ Rekeningnummer: _____
 Stad: _____ Telefoonnummer: _____ Bezocht ziekenhuis: _____
 Staat: _____ Postcode: _____

Was u op deze behandeldatum woonachtig in Ohio? Ja Nee

Bent u verzekerd voor deze behandelingen? Ja Nee

Zo ja, vul dan onderstaande gegevens in en voeg een kopie van uw verzekeringskaart bij

Naam verzekeringsmaatschappij: _____

Polisnummer _____

Groepnummer: _____

Komt u in aanmerking voor COBRA? Ja Nee

Bent u gedekt onder Medicaid? Ja Nee

Zo ja, geef het factuurnummer _____ en voeg een kopie van uw Medicaid-kaart toe

Hebt u een Regeling gezondheidsvergoedingen (Health Reimbursement Arrangement)

Spaarrekening gezondheidszorg (Health Savings Account)

Rekening flexibele uitgaven (Flexible Spending Account)

Vermeld hieronder alle leden van uw huishouden. Vermeld ook uw ouders, partner (ongeacht of deze inwonend is) en inwonende kinderen jonger dan 18 (biologisch en geadopteerd). Voeg een kopie van inkomensverklaringen toe, zoals loonstroken, besluiten over sociale uitkeringen, arbeidsongeschiktheidsuitkeringen of belastingaangiften of bel een financieel adviseur van OH om ander bewijs te bespreken waarmee u kunt aantonen dat u in aanmerking komt.

Gezinsleden patiënt	Leeftijd	Relatie tot patiënt	Inkomstenbron of naam werkgever	Inkomsten in 3 maanden voorafgaand aan behandeling	Inkomsten in 12 maanden voorafgaand aan behandeling
Patiënt -		zelf			
2.					
3.					
4.					
5.					

Als u hierboven een inkomen van \$ 0,00 hebt opgegeven, licht dan kort toe hoe u (of de patiënt) de hierboven gevraagde periode financieel bent (of is) doorgekomen.

Ik heb ook facturen van de volgende vestigingen van UH: CMC || AHUJA || GEAUGA || GENEVA || CONNEAUT || PORTAGE || ST JOHN || ELYRIA || PARMA || HOMECARE SAMARITAN || UH PHYSICIAN SERVICES || UHLSF

Door hieronder te tekenen verklaar ik dat de antwoorden op dit aanvraagformulier naar mijn volle overtuiging juist zijn. Ik begrijp dat het onwettig is om bewust valse gegevens te verstrekken teneinde een overheidsuitkering te verkrijgen. Bovendien begrijp ik dat andere partijen hun beslissing kunnen baseren op de gegevens die ik op dit formulier verstrek. Ik verleen hierbij toestemming om dit te doen.

Handtekening verantwoordelijke: X _____

Datum: _____

Handtekening vertegenwoordiger UH: X _____

Datum: _____

FOR OFFICE USE ONLY: #in HH _____ 3mo TTL _____ 12 mo TTL _____ FPL _____ HCAP UCAP AGB M

Medical Record No: _____ Date Completed: _____

