OhioHealth
Rehabilitation Hospital
In partnership with Select Medical

经济困难披露表

(基于家庭年收入总额和受扶养人数量)

患者姓名： _____ _____ **出生日期：** _____
姓氏 **名字**

配偶伴侣： _____ _____
姓氏 **名字**

患者地址： _____
邮寄街道地址

_____ _____ _____
城市 **州** **邮编**

家庭年总收入 $ _____

家庭成员总数量(患者、患者配偶伴侣、以及受扶养人) 成年人：_____ 未成年人：_____

保险计划：_____

患者自付额/共付额/共保额：_____

治疗是否是由WC、MVA或责任索赔事件导致的？ 有 ☐ 没有 ☐

如果是，您是否有律师？ 有 ☐ 没有 ☐

律师姓名：_____ 电话：_____

申请必须附上收入文件，以便作出决定。所需的收入文件为最近的联邦所得税申报表和所有家庭成员的收入证明，包括但不限于：3张最近的工资单、社会保险明细表、残疾或退休福利等。如果不需要提交联邦纳税申报表，因为保险患者可以提交一份当年的社会保险明细表复印件，显示每月收到的总金额。为了帮助作出决定，可能还需要其他信息。

本人，以下签字人，证明上述信息真实无误。本人理解，如果本人提供虚假或不准确信息，Select Medical 可酌情决定本人至少在一年内不得申请或参加经济困难计划。本人还理解，如果经认定，尚有其他信息影响经济困难状况，豁免金额可能会发生变化。

家长/监护人签名	正楷姓名	日期
见证人签名	正楷姓名	日期

基于经济困难的豁免金额(由CBO填写)。 _____%

CBO客户服务主管核准签名	正楷姓名	日期
CBO客户服务经理核准签名	正楷姓名	日期
中心	患者账号	数据库