



尊敬的患者/责任方，

我们提供此申请表的原因是，您可能符合我们*经济援助计划*的资格。

随附的表格仅适用于医院及其雇用医师的账单。若需要包含的医师名单，请查阅我们的《经济援助政策》附录 A。此表与您可能持有的其他任何医疗账单（比如放射治疗、非雇用医师、救护车等）无关。

您**必须**完整填写《经济援助申请表》，才能被考虑是否获得全部或部分援助。责任方**必须在文末签名**，并返回填写完整的申请表。

您有必要向我们提供**您最近的联邦纳税申报表**，以作为支持的证明文件。如果您未提交过纳税申报表，那么请指明并随附以下所列的任意两种材料。

州所得税申报表
雇主工资单
收入来源的书面证明文件
过去三个月的所有银行对账单副本
作为佐证的 W-2 表格
作为佐证的 1099 表格

如果您因任何原因无法向我们提供要求的信息，请随附一份书面声明，解释您为什么不能提供所要求的信息。

若需要完整填写申请表或当面返回完整申请表的任何协助，请到以下地址咨询我们的一名财务顾问

OU Medical Center
711 SL Young Blvd, Suite 100
Oklahoma City OK

OUMC Edmond
1 S Bryant
Edmond Ok 73034

我们的审查流程需要三十 (30) 个工作日，请耐心等待。我们将以书信通知您我们的慈善援助决定。

请记住，如果您返回此表，那么您的账单可能包括在我们的经济援助计划中。

**请将申请表和所有要求的材料邮寄至：
Patient Account Services
Attn: Research and Correspondence Dept
10030 MacArthur Blvd.
Irving, TX 75063**

经济援助申请表

医院名称 _____
 患者姓名 _____
 责任方姓名 _____
 地址 _____

账号 _____
 社会保障号码 _____
 社会保障号码 _____
 电话号码 _____

家庭中的受抚养人

(包括配偶、18 岁以下儿童和您的纳税申报表上声明的所有其他人)

姓名 _____	年龄 _____
(名字、中间名和姓氏, 如不同于患者)	
_____	_____
_____	_____
_____	_____

工作情况 (患者/责任方)

雇主名称 _____ 时薪 _____ 每周工作时数 _____
 目前每周、每月或每年的总收入 (税前) _____
 如失业, 请注明最后工作的日期 _____

配偶工作情况

雇主名称 _____ 时薪 _____ 每周工作时数 _____
 目前每周、每月或每年的总收入 (税前) _____
 如失业, 请注明最后工作的日期 _____

其他收入

	患者	配偶
社会保障金		
退休金		
失业金		
工伤赔偿		
退伍军人福利金		
租金收入		
股票、债券、401K		
分红/利息		
子女赡养费		
抚养费		
其他		

您是否申请过 Medicaid 或其他任何州/县援助? _____
 如果是且已知, 请提供案件号 _____ 申请的日期 _____

本人, 即下方签署人, 证明我符合经济援助的资格, 因为我负责支付由于所提供的服务而可能应付的金额。我进一步证明, 以上信息据我所知所信真实无误。我理解, 提交的信息须经过核实。在审查过程中, 可能需要提供信用报告, 用以核实本申请表中提供的信息, 以及协助确定我是否符合经济援助的资格。我理解, 信息造假或未能完整填写提交的所有字段, 可能对我申请该计划有不利影响。

签字: _____ 日期: _____

邮寄地址: Patient Account Services, Research & Correspondence Dept, 10030 MacArthur Blvd, Irving, TX 75063