P.O. Box 1259 * State College, PA 16804-1259 *814.234.6171 * www.mountnittany.org
Mount Nittany Medical Center／Mount Nittany 醫師組

慈善／免費醫療申請表

請填寫以下所有資料并附上所需文件，以便我們協助您開展申請程序

戶主資料

戶主姓名：_____
戶主地址：_____
_____

戶主社會保障號碼：_____
戶主電話號碼：_____

慈善／免費醫療申請表適用於以下賬戶

患者姓名	DOS	賬戶號碼	餘額
			總計_____

若需更多空間列出其他賬戶，請使用本表背面填寫。

請填 1、2 及 5 項并在以下 3、4 項處附上要求的收入證明

1. 申請醫療援助:☐ 否; ☐ 是 日期: _____
2. 家庭人口：_____
3. 附上 2017 年報稅表：_____
4. 附上註明日期的工資存根：_____
5. 家庭總收入（附上證明）$_____

（家庭總收入包括社會保障金、殘疾金、助學金、子女撫養費及所有家庭成員的所有其他形式收入）

*******請勿提交未附全部收入證明的申請表*******

本人保證，就本人所知，以上資料全部屬實，且正確無誤。

_____
簽名及日期

請勿填寫本行以下內容（僅供院方使用）

您的免費醫療申請已**獲批**。日期_____ A 類 ☐ B 類☐
____您的慈善／免費醫療申請已**遭拒**。日期_____
____您的慈善／免費醫療申請已**遭拒**，原因如下：_____
____您的慈善／免費醫療申請未填妥，請提供以下資料，以便我們進一步協助您開展該項程序：

____未收到*上述要求的* 2017 年報稅表
____未收到*上述要求的*工資存根
____未收到*上述要求的*家庭人口說明

請注意：慈善／免費醫療計劃不覆蓋共付額。須由患者自付。

其他：_____提供者簽名_____

表格編號 BO-106 項目編號 00818
日

請將填妥的申請郵寄至： **Mount Nittany Medical Center, P.O.Box 1259, State College, PA 16804-1259**