



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

資助申請

請填寫以下所有資訊並附上所需文件，以便我們協助您完成申請程序

戶主資訊

戶主姓名：_____

戶主地址：_____

戶主電話號碼：_____

申請資助的帳戶如下

患者姓名	出生日期	服務日期	帳戶號碼	餘額
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
				總計 _____

如需更多空間以列出其他帳戶，請使用本表格的背面。

請填寫第 1 項、第 2 項和 第 5 項，並附上第 3 項和第 4 項所要求的收入證明。

- 申請醫療補助：否 是 日期：_____
- 家庭規模：_____
- 附上去年的納稅申報表和最近的 W2 表格：_____
- 附上註明日期的工資單存根：_____
- 家庭總收入（附證明）：_____ 美元
(家庭總收入包括社會保障、殘障津貼、學生補助、子女撫養費及所有家庭成員的其他收入形式。)

***** 若沒有所有收入證明，請勿提交申請*****

盡本人所知，我證明上述資訊真實無誤。

簽名 _____

日期 _____

請勿在此行下方書寫（僅供醫院使用）

您的資助申請已獲**批准**。 日期：_____ A 類 B 類

您的資助申請已被**拒絕**。 日期：_____

您的資助申請被拒絕，原因如下：_____

您的資助申請**不完整**。請提供以下資訊，以便我們在此過程中為您提供進一步幫助：

____ 未收到**上述要求**的納稅申報表

____ 未收到**上述要求**的工資單存根

____ 未收到**上述要求**的家庭人數

請注意：財務援助計劃不包括共付額。由患者自行負擔。

其他：_____ 提供者簽名：_____

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