



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 _____

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