Holzer 的使命其中包括致力於透過提供高品質醫療服務，滿足服務對象的醫療保健需求。 根據經濟援助政策，向需要急診服務或其他必要醫療的護理之病患提供財務援助，無論病患是否有能力支付該等服務。

根據 Holzer 的經濟援助政策，填寫所使用的經濟援助申請表。 申請表上提供的資訊有助於我們根據醫院醫療保險計劃 (HCAP)，判定病患是否符合所提供各種形式財務援助的資格。 HCAP 是由州政府與聯邦政府資助，並透過俄亥俄州醫療補助部門提供的計劃。

填妥申請表後，請在接受醫療服務或治療後的 30 天內將其寄回 Holzer 財務援助部門。 必須提供收入證明才能處理該申請。 **申請表中必須提供接受醫療服務或治療之前的三 (3) 個月總收入。**

> 總收入的定義為扣除與調整前的收入，適用於病患家中所有家庭成員以及病患報稅單上聲稱為受撫養人的所有其他人。 必須包括薪資、小費、障礙人士保險、社會保險金、失業救濟金、退伍軍人管理福利以及美國國稅局中定義的收入。
>
> 也需要申報租金收入、贍養費、子女撫養費、健康儲蓄賬戶、靈活健康儲蓄賬戶，以確定收入是否符合財務援助計劃的參數。 也應提供流動性資產與現金、證券、本票、公開交易的股票、債券、美國儲蓄債券、支票賬戶、儲蓄賬戶、共同基金、存款證書、有退保現金價值的人壽保險單、應收賬款、退休金福利或其他可立即轉換為現金的財產。

若需要更多資訊來處理您的申請，我們將透過電話及／或電子郵件來聯絡您。 請將財務援助申請表和收入證明寄回以下地址：

Holzer－財務援助部門
100 Jackson Pike
Gallipolis, Ohio 45631
電話： (740) 446-5572
傳真： (740) 446-5892

2023 年本土 48 州與哥倫比亞特區貧窮線

對於超過 8 人的家庭／住戶，每增加一人加上 5,140 美金。

家庭成員數	100%	138%	101% - 200%	201% - 300%
1	$14,580	$20,120	$29,160	$43,740
2	$19,720	$27,213	$39,440	$59,160
3	$24,860	$34,306	$49,720	$74,580
4	$30,000	$41,400	$60,000	$90,000
5	$35,140	$48,493	$70,280	$105,420
6	$40,280	$55,586	$80,560	$120,840
7	$45,420	$62,679	$90,840	$136,260
8	$50,560	$69,772	$101,120	$151,680

財務援助申請表　　醫院服務日期 | *自*_____ *至*_____

病患姓名 _____ 申請日期 _____

病患出生日期_____電話號碼 _____

街道地址 _____ 公寓號碼 _____

郵寄地址 *(與以上地址相異時填寫)* _____ 城市_____

州 _____ 郵遞區號 _____ 電子郵件地址 _____

病患雇主／收入來源 _____

受雇日期，自 _____ 至 _____（若失業或報告在過去 3 年內無收入，請填寫下方的零收入宣誓書）

配偶雇主／收入來源 _____

受雇日期，自 _____ 至 _____（若失業或報告在過去 3 年內無收入，請填寫下方的零收入宣誓書）

您在服務之日是否為俄亥俄州居民？　是　否
您是否接受過醫療補助或殘障人士補助？　是　否
您在服務之日是否有醫療保險？　是　否

家庭資料與所有家庭成員的收入

包括稅前薪資的總收入，包含但不限於： 租金收入、失業、社會安全或其他公共援助福利、贍養費、養老金、退休金、季節性及／或派遣工作薪資。 未滿 18 歲的病患需要填寫子女撫養費以及家長收入。 **需要填寫至少 3 個月的每週、每兩週或每月的收入記錄。** 自僱收入必須包括適當的稅務記錄，以及 1 年的每月開銷。

家庭成員姓名	年齡	與病患的關係	服務日期的總收入				簽名時的總收入			
			每週	每兩週	每月	每年	每週	每兩週	每月	每年
		病患本人								

零收入宣誓書

若病患及／或配偶宣稱接受服務之日前 12 個月內的任何時間範圍為零收入，請填寫以下內容。

本人證實，本人自 _____ 至 _____ 這段時間無收入。 本人透過以下方式撫養自己及／或家庭成員 _____。

本人簽名證明本申請表及／或任何附件中提供的所有資訊均屬實。

_____ _____ _____ _____

零收入宣誓書之病患簽名　日期　零收入宣誓書之配偶簽名　日期

於下方簽名即表示本人確認本申請表中提供的資訊（包括向 Holzer Health System 提供的帳務資訊）均準確屬實。 本人瞭解，填寫此財務援助申請表不保證會獲得財務援助，且有責任支付獲得的服務與商品。

_____ _____ _____ _____

病患／監護人的簽名　日期　Holzer 財務部代表人員簽名　日期