

患者经济援助申请

美国国内居民可以享受经济援助。

请传真至: +1 617.830.0279 电邮: client.services@foundationmedicine.com

*必填信息

如需了解详情或在线提交申请, 请访问: aid.foundationmedicine.com

患者信息

*名字 _____

*姓氏 _____ 中间名首字母 _____

*出生日期 (年/月/日) _____ *性别 _____
 女 男

*街道地址 _____ 门牌号 *城市 _____

*州 _____ *邮政编码 _____ *国家 _____

*电话 _____ 本人授权 Foundation Medicine 在此电话号码下
详细留言

电邮 _____

*订购医师和医疗机构信息

办公室/执业机构/医疗机构名称 _____

订购医师 _____

电话 _____

传真 _____

电邮 _____

*家庭年收入总额

估计家庭年收入总额 _____
(请注明当前收入。请勿填写大概范围。)

依靠上述家庭年收入总额供养的家庭成员人数 (包括患者本人)
必须填写方可处理表格

宽免情形

请告知您希望我们考虑的宽免情形。

已退休 (领取固定收入)

短期或长期残障

大量信用卡债务

大量医疗费用

需要供养家庭以外的家人

赡养费和/或子女抚养费

由于诊断或治疗而丧失收入 (如两者兼有, 请注明)
 暂时 永久 _____

不可预见开支 (例如房屋或汽车维修等)

外地治疗的路费 (例如住宿或机票等)

子女的大学学费

其他 (请详细说明) _____

无

*审批决定的联系人

请在表格上方填写患者和医疗机构的联系信息。

勾选所有适用项: 首选联系方式: (选择一个)

患者 电邮 电话 邮寄

执业机构 电邮 传真

*本人确认上述信息真实无误:

患者姓名或代表 (正楷) _____

与患者的关系 _____

签名 (必填) _____

日期 _____

作为患者的代表 (或代患者填写此申请的订购医师), 本人签名确认, 本人已向患者解释此申请的性质和目的, 且患者同意本人代他/她填写此申请。本人并签名确认, 上述指名患者在申请时无法签署此表格, 且 (如有授权个人代表的话) 授权个人代表也无法或不愿代患者签署。本人的签名并不代表对所提供的服务承担财务责任或法律责任。

请将经签署的表格交回: 客户服务部

传真: 617.830.0279 电邮: client.services@foundationmedicine.com

对于已有医疗保险的患者, 将首先和保险公司结算。您的合资格经济援助金额, 适用于保险结算后尚未支付的余额。

