



经济援助上诉申请表

只有在我们已根据您的经济援助申请表和您提供的支持文件就您的经济援助资格作出决定后，您才需要填写此表格。

患者信息			
患者的姓氏	患者的名字	出生日期	病历号 (如果知道)
家庭信息			
请列出同时申请经济援助的任何家庭成员。			
姓名和出生日期:			
上诉信息			
您认为根据我们的经济援助政策，我们对您申请中哪一部分的处理是错误的？			
<input type="checkbox"/> 收入计算方式			
<input type="checkbox"/> 家庭规模			
<input type="checkbox"/> 居住地			
<input type="checkbox"/> 其他 _____			
如需获取 OHSU Health 经济援助政策，请访问： www.ohsu.edu/financial-assistance			
请在下方写明您为什么认为经济援助决定是不正确的。确保包含能支持您观点的任何文件。			
将此表格和支持文件寄回：			
邮寄地址： OHSU Patient Financial Services Mail code: RPB07 3181 S.W. Sam Jackson Park RdPortland, OR 97239-3098	传真： 503-418-2377		电子邮件： sfr@ohsu.edu

对此表格有疑问？ 请致电 503-494-8551 寻求帮助。

收到您的上诉后，我们将在 3 周内回复您。我们可能需要您提供更多信息，才能作出决定。