Mẫu đơn yêu cầu kháng cáo về hỗ trợ tài chính

Chỉ điền vào mẫu đơn này nếu chúng tôi đã quyết định về điều kiện nhận hỗ trợ tài chính của quý vị dựa trên đơn xin hỗ trợ tài chính mà quý vị đã điền và các tài liệu hỗ trợ mà quý vị đã cung cấp.

Thông tin về bệnh nhân			
Họ của bệnh nhân	Tên của bệnh nhân	Ngày sinh	Số hồ sơ y tế (MRN, nếu biết)

Thông tin về gia đình

Liệt kê bất kỳ thành viên gia đình nào cũng đã đăng ký nhận hỗ trợ tài chính.

Tên và ngày sinh:

Thông tin kháng cáo

Quý vị nghĩ chúng tôi đã sai về phần nào trong đơn đăng ký của quý vị dựa trên chính sách hỗ trợ tài chính của chúng tôi?

- ☐ Cách tính thu nhập
- ☐ Quy mô hộ gia đình
- ☐ Nơi cư trú
- ☐ Khác _____

Quý vị có thể tìm thấy Chính sách hỗ trợ tài chính của OHSU Health tại: www.ohsu.edu/financial-assistance

Viết bên dưới lý do tại sao quý vị cho rằng quyết định về hỗ trợ tài chính là không chính xác. Hãy nhớ bao gồm bất kỳ tài liệu nào hỗ trợ quan điểm của vị.

Gửi lại mẫu đơn này và các tài liệu hỗ trợ đến:

Thư bưu chính:	**Fax:**	**Email:**
OHSU Patient Financial Services Mail code: RPB07 3181 S.W. Sam Jackson Park Rd. Portland, OR 97239-3098	503-418-2377	sfr@ohsu.edu

Quý vị có thắc mắc về mẫu đơn này không? Gọi 503-494-8551 để được giúp đỡ.

Sau khi nhận được kháng cáo của quý vị, chúng tôi sẽ trả lời trong vòng 3 tuần. Chúng tôi có thể cần yêu cầu quý vị cung cấp thêm thông tin trước khi đưa ra quyết định.