



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？			
☐ 收入计算方式 ☐ 家庭规模 ☐ 居住地 ☐ 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	

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。