

附录 E

医疗账单

提交申请时不需要此表或医疗账单。若有需要，办案人员可能会向您索取这些信息。

您、您的配偶或未满 21 岁的子女是否需要帮助支付最近三个日历月内所接受服务的医疗账单？ 是 否

如果“是”，请提交过去 3 个日历月的医疗账单副本。

***如果没有医疗账单副本，请填写下表。**

请提供您的医疗账单相关信息。		
谁是账单的责任人 请提供患者姓名	填写医生、诊所或医院的名称、联系电话，以及就诊所在的城市	就诊日期

需要申请方面的帮助吗？请联系您当地的社会服务部门 (Department of Social Services, DSS) (<http://www.ncdhhs.gov/dss/local/>) 或拨打电话 1-800-662-7030。如果您需要英语以外的语言协助，请拨打 1-800-662-7030 并向客服代表说明您所需的语言。我们将免费为您提供帮助。TTY 用户请拨打 1-800-452-2514。