

经济援助

Sanford Health 致力于为患者提供优质的医疗服务。我们意识到，此时此刻，支付这些服务的费用对您来说可能在经济上有困难。因此，我们为您提供了向我们的健康系统申请经济援助的机会。

在本函附件中您会找到一份用于说明您经济状况的工作表/申请表。要想被纳入我机构经济援助计划的考虑范围，您必须完整填写这份文件。如果您的经济状况符合 Sanford Health 所规定的标准，您的账目差额的部分或全部可能会被免除。

为处理这份申请，我们要求：

- 所附申请填写完整
- 所有收入的证明（即任何对家庭收入、社会保障、增补保障、社会残疾保障保险、政府救济、租金收入、退休、养老金、退伍军人福利、失业、工人补助、子女抚养费、赡养费等做出贡献的工薪劳动者的最后两份工资存根）
- 您最新 1040 纳税申报单的副本，包括所有适用的明细表
- 如果无法提供您最近的纳税申报单，那么我们需要下列之一：
 - 社会保险批准书
 - 国税局提供的未申报证明（请致电 800-829-1040 获取一份副本）
- 县里出具的对您任何私有财产的财产税评估声明的副本

我们了解您以前的纳税记录上的收入或许不能充分反映您目前的情况。如果是这样，请附上一份表述您目前经济状况的简要说明。

一旦我们审查了您的申请，我们将会收到后 30 天内通知您我们的决定。如果您想讨论您的账目或有任何问题，请致电 (877)629-2999 联系我们。我们的工作时间是周一至周四上午 7 点至下午 6 点，以及周五上午 7 点到下午 5 点。

对于在位于明尼苏达州内的 Sanford Health 服务设施接受服务的明尼苏达居民：如果您觉得您的担忧没有得到解决，请首先致电 (877)629-2999 联系 Sanford 的患者金融服务，给我们一个机会尝试和解决您的担忧。如果您仍有未得到解决的担忧，您可以拨打 (651)296-3353 或 (800)657-3787 联系明尼苏达州检察总长办公室。

请在 30 天内回复此信息请求，并通过 加密传真 (800)544-5967 发送至我们的办公室，或 邮寄 至北达科他州法戈 Sanford Health 2010 号邮政信箱 58122-2482。

感谢您的惠顾。

谨上，

账目: _____

所有申请请寄回:

Sanford Health
2010 号邮政信箱
北达科他州法戈 58122-2482
(800) 263-2237
加密传真:
(800) 544-5967

寄送日期: _____

寄回人: _____

经济援助申请

人口统计信息:	姓名		出生日期		配偶		出生日期	
	地址				城市		州	邮编
	入住现住址时间		租金		县		婚姻状况	
	年数	月数	本人	本人	已婚	单身	离婚	丧偶
	手机号码		工作电话号码		家庭电话号码		手机号码	
	工作电话号码		家庭电话号码		手机号码		工作电话号码	
	请列出您家中所有家属: (如有需要, 请附加一张表)							
	姓	名	中间名	出生日期	社会保险号	与申请人的关系:		
	1.							
	2.							
3.								
4.								
本人				配偶				
社会保险号				社会保险号				
工作单位				工作单位				
办公地址				办公地址				
职业		时薪		职业		时薪		
雇佣期限:		年数	月数	每周工作时数		雇佣期限:		
您是否曾宣布过破产?		否	是	第 7 章	第 13 章	申请日期:	债务解除日期:	
是否存在对您不利的任何判决或抵押权?		如果有, 请说明提出日期和原因: _____						
姓名:		申请人基础保险承保范围		附加保险承保范围		配偶基础保险承保范围		
地址:								
订购人:								
及团体号码:								
收入: 表示所有来源的现金收入的税前总额								
本人每月总收入				配偶每月总收入				
总收入				总收入				
社会保障 / SSI / SSDI				社会保障 / SSI / SSDI				
政府救济				政府救济				
租赁收入				租赁收入				
退休/养老金				退休/养老金				
退伍军人福利				退伍军人福利				
失业/工作补助				失业/工作补助				
自: 至:				自: 至:				
子女抚养费/赡养费				子女抚养费/赡养费				
自: 至:				自: 至:				
其他				其他				
请确认:				请确认:				
总额				总额				
综合每月总收入:								
位置		金额/价值		位置		金额/价值		
活期			存款证明 (CD)					
储蓄			股票/债券					
其他			其他					

人口统计信息:

附加信息:

收入来源:

资产:

资产/财产	机动车辆	年份/品牌/型号	价格	贷款余额	留置权人
		年份/品牌/型号	价格	贷款余额	留置权人
	娱乐设备 (船只、雪地车等)	年份/品牌/型号	价格	贷款余额	留置权人
		年份/品牌/型号	价格	贷款余额	留置权人
	其他财产	地址、乡镇、县		贷款余额	估计价值
		地址、乡镇、县		贷款余额	估计价值
田产	地址			估计价值	
	地址、乡镇、县		抵押贷款余额	留置权人	
每月开支	房款/租金	水费	车险	人寿保险	
	财产税	电话/手机	食品	医疗保险	
	财产保险	有线电视	日托费用	药物	
	供暖	车款	子女抚养费	其他/请说明	
	电费	交通费用	娱乐设备	总额	
信用卡/其他费用	债权人姓名	地址	余额	月度付款	
			总额		
总计/信用卡、其他费用和每月开支					

您每月支付/或能够支付多少金额的 Sanford 账单? _____

所需文件:

- (即每位工薪劳动者的 2 份工资存根、社会保障、增补保障、社会残疾保障保险、政府救济、租金收入、退休、养老金、退伍军人福利、失业、工人补助、子女抚养费、赡养费或其他)。
- ___ 您最近的 1040 纳税申报单的副本, 包括所有适用的明细表。
- ___ 县里出具的对您所有私有财产的财产税评估声明的副本。

权利转让 (请仔细阅读)

通过在下面签字, 我证明在这份经济援助申请中所包含的信息和声明以及我提交的文件据我所知是准确、真实和正确的。

我知道, 如有必要, Sanford Health 可能会提出提供额外信息和证明的合理要求。

我知道, Sanford Health 会对我所出具的信息和声明保密。

我知道, 填写这份申请有助于 Sanford Health 考虑我的情况。

我知道, Sanford Health 未作出任何保证给予经济援助的声明。

我/我们特此证明上述信息准确无误, 并自愿授权贵方获得与我/我们相关的信用信息。

签名

日期

签名

日期