經濟援助申請說明

我們將為符合條件的患者提供醫療必需服務的經濟援助。經濟援助的資格將基於聯邦貧困準則（每年在聯邦公報上公佈）。如果病人表示他們沒有保險或任何其他支付醫療必需服務的手段，其可以請求考慮給予其經濟援助。

請交回以下文件：

- **已填妥的經濟援助申請書**（未完成的申請書將不被考慮）
- **家庭收入證明**
  □□□□□□□**:**最近4個付款周期的工資單，最近2個月的銀行對賬單，其他收入/資產証明（403b，401k等）。
  □□□□□□□**:**提供服務前最近3個月的工資單
- **收入核實表**（如果您目前沒有任何收入）
- **最近提交的联邦納稅申報副本**
- **如有任何文件無法提供，請做出標記。**

處理申請需要 30 個工作日。邁凱倫醫療可能要求提供處理經濟援助申請所必需的其他財務文件。缺少或未完成的申請書或文件將延誤對申請書的處理。

請將填妥的申請書和證明文件在十四（14）天內提交至：

McLaren Corporate Services
Attn: Revenue Cycle Operations – Customer Service
50820 Schoenherr Rd.
Shelby Township, MI 48315

或者 FinancialAssistance@mclaren.org

□□提交□□□□□□□□□□□□□□/□查□□□□□
如果您有任何問題或需要協助完成申請，請聯繫：
患者金融服務
客戶服務部
(844) 321-1557

收入核實表

此表格只是用於未列出任何收入的經濟援助申請人。

本表上的所有字段必須填寫，表格方為有效。

申請人姓名：	申請人現住址：

申請人收入核實表
本人，_____，證明我沒有任何已賺取或未賺取的收入。我給予邁凱倫醫療（McLaren Health Care）許可核實本聲明。我理解，如果邁凱倫醫療發現我有任何已賺取或未賺取的收入，我將被取消接受經濟援助的資格。 我目前由下述人員供養（列出您如何支付基本費用、食物、衣服、住所，包括所有提供支持之人的姓名）： _____ _____ _____ _____ _____ 我理解邁凱倫醫療的代表可能會聯繫上述個人，以核實所提供的信息。

簽字
申請人簽字：_____ 印刷體姓名：_____ 日期：_____

McLaren HEALTH CARE

- ❑ McLaren-Bay Region
- ❑ McLaren-Bay Special Care
- ❑ McLaren Cancer Institute
- ❑ McLaren-Central Michigan
- ❑ McLaren-Clarkston
- ❑ McLaren-Flint
- ❑ McLaren-Greater Lansing
- ❑ McLaren Health Care
- ❑ McLaren Health Plan
- ❑ McLaren Homecare Group
- ❑ McLaren-Lapeer Region
- ❑ McLaren-Macomb
- ❑ McLaren Medical Group
- ❑ McLaren-Oakland
- ❑ McLaren-Orthopedic Hospital
- ❑ McLaren Northern Michigan
- ❑ McLaren Caro Region
- ❑ McLaren Thumb Region
- ❑ McLaren St. Lukes
- ❑ 其他 _____

經濟援助申請

應付餘額總計 _____ 賬號 _____

患者姓名 _____社會保障號 _____出生日期 _____

家庭住址 _____ 城市 _____ 州 _____ 郵編 _____

家庭電話 _____其他電話 _____

責任方（擔保人）姓名_____ 社會保障號 _____ 出生日期_____

僱主 _____工作電話 _____

請選擇其一： ☐在職僱員 ☐自僱 ☐失業 ☐ 退休 ☐殘疾

如受僱 –您的工作方式為： ☐全職 ☐兼職 ☐臨時工 平均每週工作小時數_____

配偶姓名 _____ 社會保障號_____ 出生日期_____

配偶僱主_____

請選擇其一： ☐在職僱員 ☐自僱 ☐失業 ☐ 退休 ☐殘疾

如受僱 –您的工作方式為： ☐全職 ☐兼職 ☐臨時工 平均每週工作小時數_____

受扶養人的姓名和年齡（包括本人和配偶）_____

_____

儲蓄（存款證書、貨幣市場、個人退休金賬戶）、支票和信用合作社賬戶。

銀行名稱	城市	賬戶類型	餘額

您有自己的房子嗎？ ☐是 ☐否 如是，請在下面列出。

您還擁有其他財產嗎？ 车辆、房车、其他不动产。 ☐ 是 ☐ 否 如是，请在下面列出。

資產

資產–房屋、車輛等	市場價值	未償還貸款金額

家庭月收入及支出

收入項目	金額（月）	支出項目	金額（月）
家庭總收入		租金/貸款	
社會保險收入		物業稅	
利息收入		汽車	
租金收入		保險：業主	
贍養費		保險：汽車	
兒童撫養費		保險：健康	
養老金		保險：人壽	
一般性援助		公用事業	
失業		雜貨	
州/政府援助		汽油	
來自他人的資助		醫療	
土地合同收入		贍養費/兒童撫養費	
工人補償		其他（請說明）	
軍人家庭撥款		其他（請說明）	
其他（請說明）		其他（請說明）	

分期貸款和信用卡

債權人	欠款餘額	每月付款

總收入	總支出

請附上任何與您的申請有關的收入和支出的進一步詳情。

我在此申明，據我所知上述信息是正確的。我授權邁凱倫醫療公司（McLaren Health Care Corporation）（MHCC）及其子公司核實任何信息的完整性和準確性。我還授權這些信息可以向MHCC及其附屬公司發布。我理解，作為一個慈善機構，MHCC可能會向我提供優惠或免費的醫療服務。此外，我也理解在決策過程中可能會獲取個人信用報告。

患者或責任方簽名 _____ 日期 _____

配偶簽名 _____ 日期 _____

批準的有效期為12個月，之後任何服務都需要更新信息。對於任何剩餘的款項，必須作出約定的付款安排，MHCC可酌情重新評估。

授權簽字 _____ 日期 _____

決定：