



个人保密信息

尊敬的patient:

感谢您选择Trinity Health Mid-Atlantic 作为您的医疗服务提供者。请填写随附的申请表，并按以下地址寄回，以完成对您的经济援助的评估。

如有任何疑问，请在美国东部时间周一至周五上午 9:00 - 下午 5:00 致电 800-494-5797 联系我们的客户服务中心。

谨此致意！

Trinity Health Enterprise Patient Financial Services
20555 Victor Parkway
Livonia, MI 48152

保密经济援助申请

请填写并签署申请表，并在 **10** 天内连同以下材料的复印件一并寄回：

所需证明

- ☐ 过去一个月的总收入证明
- ☐ 过去两个月所有银行账户的完整银行对账单，包括所有页面（对定期存款的说明）
- ☐ 最近的报税表（1040 表格及附表 C、E 或 F）或三个月的损益表（自营职业者/受抚养人）

如适用，请提供以下材料

- ☐ 最近的季节性收入 W2
- ☐ 失业救济金/拒绝函
- ☐ 儿童抚养收入/赡养费
- ☐ 无收入 - 填写申请表中的“资助信”部分

患者信息

患者姓名		出生日期	
社会保障号/ EIN（可选）	移动电话	其他电话	
通信地址	城市	州	邮政编码
电子邮件地址	您是哪个州的居民？		
婚姻状况 ☐ 单身 ☐ 已婚 ☐ 离异 ☐ 其他 _____			
您是否提交联邦报税表？ ☐ 是 ☐ 否 如果回答“否”，为什么？		您能否在其他人的报税表中被列为受抚养人？ ☐ 是 ☐ 否	
您或您的受抚养人在接受服务时是否有医疗保险？ ☐ 是 ☐ 否 （请提供保险卡复印件）			
您是有合法证件的美国居民吗？ ☐ 是 ☐ 否 ☐ 不愿回答			

根据您最近的纳税申报表，包括您本人在内的家庭成员	出生日期	与患者的关系	是否在报税表中申报（是/否）

所有家庭成员的收入证明

月收入来源	由谁领取？	月总收入（税前）	月收入来源	由谁领取？	月总收入（税前）
社会保障/残疾			工伤赔偿		
养老金			失业		
自营职业			子女抚养费/赡养费		
公共援助			地产出租收入		
其他					

资助信 - 仅应由资助者填写

- ☐ 我为患者提供 50% 以上的生活费用，但我无法帮助支付医疗账单
- ☐ 通过签署此信函，本人确认上述声明正确无误，并且本人绝不承担患者的账单费用。如有疑问，请与我联系：_____（电话号码）

资助者姓名	与患者的关系
资助者签名	日期



收入和身份核实

我确认，据我所知，本申请表中所列的信息均真实和完整。我理解，提供的信息需要核实。如果上述信息以虚假借口提供，我将负责偿付在 Trinity Health 关联机构提供的任何服务。

患者签名：_____ 日期：_____

或法定监护人签名（如适用）：_____ 日期：_____

与患者的关系：_____ 日期：_____

请将申请表邮寄至上述地址，或传真至 **312-871-3350**，或通过 **MyChart**（患者门户网站）上传文件 - <https://mychart.trinity-health.org/MyChart> 如果您有任何疑问，请在周一至周五上午 **9** 点至下午 **5** 点（美国东部时间）拨打 **800-494-5797** 联系我们的客户服务中心。