



经济援助申请说明

我们将为符合资格的患者所需的必要医疗服务提供经济支援。

经济援助的资格将取决于联邦贫困标准（每年在联邦公报上公布）。表示没有保险或任何其他方法支付必要的医疗服务的患者可以申请考虑经济援助。

申请财政援助的患者必须通过联邦、州和地方政府计划（Medicaid、County Health Plans 等...）申请所有援助，并提供申请证明和/或 McLaren Health Care 计划拒绝的证明。

请返回以下文档：

- 完整的经济援助申请（不完整的申请将不予以考虑）
- 家庭收入证明（最近 2 张工资支票存根、银行对帐单或其他证明）
- 收入证明表（如果您目前没有任何收入）
- 最新纳税表副本
- 请注明是否有任何文档无法获得

McLaren Health Care 可能会要求处理“经济援助申请”必要的其他经济文档。

请在十四 (14) 天内将已完成的申请及支持文档返回给：

McLaren Corporate Services
收件人：Revenue Cycle Operations
50820 Schoenherr Rd.
Shelby Township, MI 48315

如果您有任何疑问或需要协助完成申请，请联系：
患者经济服务客户服务部，
电话号码为
(844) 321-1557



HEALTH CARE

收入证明表

仅当经济援助申请人未列出任何收入时，才应该使用此表格。
必须完成此表格上的所有字段，表格才会生效。

申请人姓名：	申请人当前地址：
--------	----------

申请人收入证明

我，_____，证明我没有任何劳动或非劳动收入。我特此许可 McLaren Health Care 验证此声明。我明白，如果 McLaren Health Care 发现我有劳动或非劳动收入，那么我将没有资格获得经济援助。

我目前正获得下列支持（列示您如何满足基本支出、食品、服装、住所，包括提供支持的所有个人的姓名）：

我了解 McLaren Health Care 的代表可能联系上方列示的个人，以验证所提供的信息。

签名

申请人签名： _____

正楷名字： _____

日期： _____



- 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 Northern Michigan Regional Hospital
- 其他 _____

经济援助申请

到期总额 _____ 帐户编号 _____

患者姓名 _____ 社会安全号码 _____ DOB _____

家庭地址 _____ 城市 _____ 州 _____ 邮政编码 _____

家庭电话 _____ 备用电话 _____

负责方姓名 (担保人) _____ 社会安全号码 _____ DOB _____

雇主 _____ 工作电话 _____

请勾选一个: 积极就业 自雇 失业 退休 残障

如果是“就业”—那么您是: 全职 兼职 零工 平均小时数/周 _____

配偶姓名 _____ 社会安全号码 _____ DOB _____

配偶雇主 _____

请勾选一个: 积极就业 自雇 失业 退休 残障

如果是“就业”—那么您是: 全职 兼职 零工 平均小时数/周 _____

供养家属的姓名和年龄 (包括自己和配偶) _____

储蓄 (CD、货币市场、IRA)、活期存款和信用社帐户

银行名称	城市	帐户类型	余额

您拥有自己的住宅吗? 是 否 如果是, 请在下方列示。

您拥有任何其他财产吗? 车辆、房车、其他不动产 是 否 如果是, 请在下方列示。

资产

资产 — 住宅、车辆等	市场价值	未结贷款余额

家庭每月收入和支出

收入项目	金额 (每月)	费用项目	金额 (每月)
家庭工资总额		租金/抵押贷款	
社会保障收入		财产税	
利息收益		汽车	
租金收入		保险: 房主	
赡养费		保险: 汽车	
子女抚养费		保险: 健康	
退休金		保险: 人寿	
一般援助		水电费用	
失业		杂货	
州/联邦援助		汽油	
他人的捐款		医疗	
土地承包收入		赡养费/子女抚养费	
工伤补偿		其他	
军人家庭分配		其他	
其他 (请指定)		其他	

分期偿还的借款和信用卡

债权人	欠下的余额	每月支付

总收入	总费用

请附上所有进一步详细信息，提供可能与您申请有关的收入和支出。

本人特此声明，上述信息据我所知正确无误。我授权 McLaren Health Care Corporation (MHCC) 及其子公司验证所有信息的完整性和准确性。我进一步授权此类信息可以发布给 MHCC 及其附属机构。我了解作为一个慈善组织，MHCC 可以向我提供折扣或免费医疗。我进一步了解在做出决定过程中可能需要获取个人信用报告。

患者或责任方签名 _____
日期

配偶签名 _____
日期

批准有效期为六个月，之后将需要更新信息才能获得未来的服务。必须对任何剩余余额作出恰当的付款安排，并且可以由 MHCC 自由裁量重新评估。

批准 拒绝 授权签名 _____
日期

拒绝理由: