



经济援助申请说明

我们将为符合条件的患者提供医疗必需服务的经济援助。

经济援助的资格将基于联邦贫困准则（每年在联邦公报上公布）。如果病人表示他们没有保险或任何其他支付医疗必需服务的手段，其可以请求考虑给予其经济援助。

请交回以下文件：

- 已填妥的经济援助申请书（未完成的申请书将不被考虑）
- 家庭收入证明
密歇根州居民：最后4张支票存根、2张银行对账单或其他证明文件
俄亥俄州居民：3个月的收入证明
- 收入核实表（如果您目前没有任何收入）
- 最近提交的联邦纳税申报副本
- 如有任何文件无法提供，请做出标记。

迈凯伦医疗可能要求提供处理经济援助申请所必需的其他财务文件。

请将填妥的申请书和证明文件在十四（14）天内提交至：

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

或者 FinancialAssistance@mclaren.org

必须提交所有要求的信息，以便处理/审查经济援助。

如果您有任何问题或需要协助完成申请，请联系：

患者金融服务
客户服务部
(844) 321-1557



收入核实表

此表格只适用于未列出任何收入的经济援助申请人。

本表上的所有字段必须填写，表格方为有效。

申请人姓名：	申请人现住址：
--------	---------

申请人收入核实表

本人，_____，证明我没有任何已赚取或未赚取的收入。我给予迈凯伦医疗（McLaren Health Care）许可核实本声明。我理解，如果迈凯伦医疗发现我有任何已赚取或未赚取的收入，我将被取消接受经济援助的资格。

我目前由下述人员供养（列出您如何支付基本费用、食物、衣服、住所，包括所有提供支持之人的姓名）：

我理解迈凯伦医疗的代表可能会联系上述个人，以核实所提供的信息。

签字

申请人签字： _____

印刷体姓名： _____

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
- McLaren Northern Michigan
- McLaren Caro Region
- McLaren Thumb Region
- McLaren St. Lukes
- 其他 _____

经济援助申请

应付余额总计 _____ 账号 _____

患者姓名 _____ 社会保障号 _____ 出生日期 _____

家庭住址 _____ 城市 _____ 州 _____ 邮编 _____

家庭电话 _____ 其他电话 _____

责任方（担保人）姓名 _____ 社会保障号 _____ 出生日期 _____

雇主 _____ 工作电话 _____

请选择其一： 在职雇员 自雇 失业 退休 残疾

如受雇 - 您的工作方式为： 全职 兼职 临时工 平均每周工作小时数 _____

配偶姓名 _____ 社会保障号 _____ 出生日期 _____

配偶雇主 _____

请选择其一： 在职雇员 自雇 失业 退休 残疾

如受雇 - 您的工作方式为： 全职 兼职 临时工 平均每周工作小时数 _____

受抚养人的姓名和年龄（包括本人和配偶） _____

储蓄(存款证书、货币市场、个人退休金账户)、支票和信用合作社账户。

银行名称	城市	账户类型	余额

您有自己的房子吗？ 是 否 如是，请在下面列出。

您还拥有其他财产吗？ 车辆、房车、其他不动产。 是 否 如是，请在下面列出。

资产

资产-房屋、车辆等	市场价值	未偿还贷款金额

见反面……

