

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。

随信附上一份用于说明您的经济状况的申请表。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，您的帐目差额的部分或全部可能会被免除。

除提供妥填的申请表以外，您还需要提供下列资料：

- 您最近的联邦 1040 纳税申报单的副本，包括所有适用的明细表或国税局提供的未报税证明（前往国税局网站 www.irs.gov）
- 以及下列任一资料：
- 对家庭收入做出贡献的任何工薪劳动者的最后两份工资存根的副本
 - 社会保障授予信或如果领取社会保障，则提供最近的 1099 表（如果您正在领取社会保障，且有其他收入，请提供其他收入证明）

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，请附上一份关于您目前经济状况以及任何相关变化的简要说明。

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。如果您的经济状况在您提交原始申请后发生变化，您可以在决定信日期的 30 日内提交上诉。如果您想讨论您的帐目、有任何问题或想咨询有关上诉的问题，请致电 (877)629-2999 与 Sanford 患者金融服务部联系。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 的患者金融服务部，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 Sanford Health, PO Box 2010, Fargo, ND 58122-2482。

感谢您的惠顾。

谨上，

Sanford Health

经济援助申请

人口统计资料

姓名: _____ 出生日期: _____ 社会保险号: _____

配偶姓名: _____ 出生日期: _____ 社会保险号: _____

婚姻状况: 单身 已婚 离异 丧偶

地址: _____ 城市: _____ 州: _____ 邮政编码: _____

手机号码(本人): _____ 手机号码(配偶): _____ 家庭电话号码: _____

请列出现住您家中的所有18岁以下家属

姓名: _____ 出生日期: _____ 姓名: _____ 出生日期: _____

姓名: _____ 出生日期: _____ 姓名: _____ 出生日期: _____

姓名: _____ 出生日期: _____ 姓名: _____ 出生日期: _____

收入

本人	每月总收入	配偶
\$	总收入/失业/工作补助	\$
\$	社会保障/SSI/SSDI	\$
\$	个体经营/租金收入/版税/不动产/信托	\$
\$	退休金/养老金/年金/退伍军人福利	\$
\$	子女赡养费/配偶赡养费/公共援助	\$
\$	杂项/其他收入: _____	\$
\$	总收入(请提供所有收入的证明)	\$

您每月支付/或能够支付多少金额的 Sanford 帐单? _____

权利转让 (请仔细阅读)

在下方签字即代表本人证明，据本人所知，本申请表上的信息和证明文件均真实准确。本人明白，上述信息将会被保密，并可能要求本人提供其他信息。本人明白，除非提供所有所需资料，否则本人的经济援助申请将无法得到受理。Sanford Health 并未作出任何提供经济援助的保证。

姓名 (印刷体) : _____ 签名: _____ 日期: _____

配偶 (印刷体) : _____ 签名: _____ 日期: _____