



财务援助

Sanford Health 致力于为患者提供优质的医疗保健服务。我们意识到，在这个时候，支付这些服务的费用可能会给您带来一些经济困难。因此，我们为您提供向我们的卫生系统申请财务援助的机会。

随信附上一份用于证明您的财务状况的申请表。您必须完整填写此申请表，才能被纳入我们的财务援助计划的考虑范围。如果您的财务状况符合 Sanford Health 规定的标准，您账户中的全部或部分未付款项可能会被免除。

除了填妥的申请表外，请提供以下适用文件：

- 您最近一次填报的联邦 **1040** 纳税申报表的副本，包括所有适用的附表或 IRS 出具的未申报证明（请致电 **(800) 908-9946** 获取证明）
- 对家庭收入有贡献的任何有工资收入者的最近两份工资单的副本
- 如果有领取社会保障金，则须提供社会保障发放函或最近的 **1099**（如果您正在领取社会保障金并且有其他收入，请提供额外收入证明）
- 显示交易数据和当前账户余额的银行或投资对账单

我们意识到，您之前纳税记录中的收入可能无法充分反映您目前的情况。如果事实如此，请附上一份简短的说明，描述您当前的财务状况以及任何相关的变化。

当我们审核您的申请之后，我们将在收到申请表后 **30** 天内以书面形式通知您我们的决定。如果您的财务状况自您提交原始申请表后发生变化，您可以在您的决定函所注日期的 **30 天内提交申诉**。如果您想讨论您的账户问题、有任何疑问或想咨询申诉事宜，请拨打 **(877)629-2999** 与 Sanford 患者财务服务部 (Patient Financial Services) 联系。我们的营业时间为星期一至星期四上午 7 点至下午 6 点，以及星期五上午 7 点至下午 5 点。

在明尼苏达州 Sanford Health 设施接受服务的明尼苏达州居民：如果您觉得您的问题没有得到解决，请先拨打 **(877)629-2999** 与 Sanford 患者财务服务部联系，让我们有机会尝试解决您的问题。如果您仍然有尚未解决的疑虑，您可以拨打 **(651)296-3353** 或 **(800)657-3787** 与明尼苏达州总检察长办公室 (Attorney General's Office) 联系。

请在 **30** 天内回复此信息请求，并通过**安全传真**至 **(800)544-5967** 或**邮寄**至以下地址将其交回我们的办公室：Sanford Health, PO Box 2010, Fargo, ND 58122-2482。如果您未在 **30** 天内交回《财务援助申请表》，我们将视作您拒绝参加 Sanford 财务援助计划。

此致

Sanford Health

财务援助申请表

人口统计资料

姓名: _____ 出生日期: _____

配偶姓名: _____ 出生日期: _____

婚姻状况 (请勾选): 单身 已婚 离异 丧偶

住址: _____ 城市: _____ 州: _____ 邮政编码: _____

手机号码 (本人): _____ 手机号码 (配偶): _____ 住宅电话号码: _____

请列出您家中所有 18 岁以下的受抚养人。

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: _____

保险信息 (请勾选): 有保险 未投保 费用分担

如果有工作, 您在当前工作地点工作了多长时间? _____

您每月支付/或可以支付多少金额的 Sanford 账单? _____

收入

本人	每月总收入	配偶
\$	总收入/失业补偿/工作赔偿	\$
\$	社会保障金/SSI/SSDI	\$
\$	自营职业/租金收入/版税/房地产/信托	\$
\$	退休/养老金/年金/退伍军人福利	\$
\$	子女抚养费/配偶赡养费/公共援助	\$
\$	杂项/其他收入: _____	\$
\$	总收入 (请提供所有收入证明)	\$

财务援助申请 – 第 2 页

资产

账户类型	金融机构	金额/价值
支票		
储蓄		
货币市场		

您希望我们考虑的任何其他信息：

如有需要，请另附纸张。

本人证明，本人已将以下所需文件附加在本人填妥的申请表中：

- 纳税申报表（联邦 1040）或未申报证明 每名工资收入者 2 份工资单
 社会保障发放函（如适用） 银行或投资对账单

权利转让（请仔细阅读）

通过在下方签字，本人保证，据本人所知，此申请表及证明文件中的信息真实准确。本人了解这些信息将予以保密，并且本人可能会被要求提供额外信息。本人了解，除非提供所有必需信息，否则本人的财务援助申请不会得到审查。Sanford Health 未作出任何保证提供财务援助的陈述。

姓名（正楷书写）： _____ 签名： _____ 日期： _____

配偶（正楷书写）： _____ 签名： _____ 日期： _____