

医院财政援助计划

感谢您选择 Saint Agnes Hospital，以满足您的医疗需求。

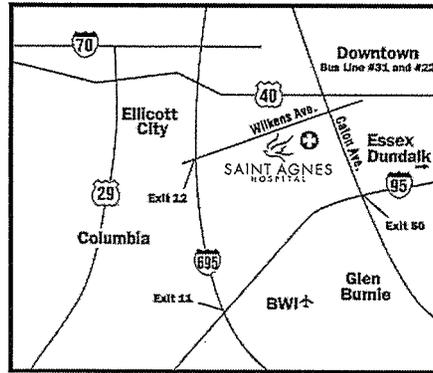
您已对我们的医院财政援助计划表示感兴趣并提出申请。为了能够申请成功，请向我们的办公室提交以下所需文件：

- 完整的申请表
- 此前几年的联邦所得税申报表
- 当前的收入证明；或假如已失业，请提供失业补偿证明或支持证明
- 任何可供调查的文件
- 支票账户和/或储蓄账户的副本
- 任何未付医疗费用的副本

完成评估过程后，您将收到适用于未付帐单的补助百分比（如果有的话）的通知。

如果您在 15 天内没有收到所需信息请求，我们将按照正常的托收惯例处理。如果您有任何问题或疑虑，请致电 667-234-2140 联系患者客户代表。

感谢您选择 Saint Agnes Hospital, 以满足您的医疗需求!



900 S. Caton Avenue
Mailstop 045
Baltimore, MD 21229
667-234-2140
TTY: 667-234-2001
www.TeamSaintAgnes.com



患者 财政 服务

马里兰州统一
财政援助
申请表

马里兰州统一财政援助申请表

您的相关信息

名字: _____
名 中间名 姓

社会安全号: _____

出生日期: _____

婚姻状况: 单身 已婚 分居

美国公民: 是 否

永久居民: 是 否

家庭地址: _____

城市 州 邮政编码

国家 电话

雇主姓名: _____

工作地址: _____

城市 州 邮政编码

家庭成员:

姓名 年龄 与您的关系

您是否申请过医疗援助? 是 否

如果是, 您的申请日期是哪一天? _____

如果是, 您收到的申请结果是什么? _____

您是否收到任何类型的州立或国家援助? 是 否

1. 家庭收入

每月金额

就业收入 _____

退休/养老金福利 _____

社会保障福利 _____

公共援助福利 _____

残疾福利 _____

失业救济金 _____

退伍军人福利 _____

配偶赡养费 _____

房产出租收入 _____

罢工期间福利 _____

军人收入分配 _____

农场或自营职业 _____

其他收入来源 _____

总计

2. 流动资产

支票账户 _____

储蓄账户 _____

股票、债券、存款证或

货币市场 _____

其他帐户 _____

总计

3. 其他资产

如果您拥有以下任何一项资产, 请列出其类型和预估价值。

住宅: 贷款余额: _____ 价值: _____

汽车: 制造商: _____ 年份: _____ 价值: _____

汽车: 制造商: _____ 年份: _____ 价值: _____

3. 其他资产

汽车: 制造商: _____ 年份: _____ 价值: _____

其他房产: _____

总计 _____

4. 每月费用

每月金额

租金或抵押贷款 _____

水电费 _____

汽车贷款 _____

信用卡 _____

汽车保险 _____

其他医疗费用 _____

其他费用 _____

总计 _____

您还有其他未支付的医疗费吗?

是 否 如果是, 金额是 _____

用于什么医疗服务? _____

如果您已安排付款计划, 每月付款额度是多少? _____

如果您要求医院提供延长财政援助期限, 医院可能会要求您提供额外信息补充以便做出决定。签署此表格, 即表示您确认所提供的信息是真实的, 并在所提供的信息有更新的情况下十天内通知医院相关更新事宜。

申请人签字 _____

与患者的关系 _____

日期 _____