

## 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:

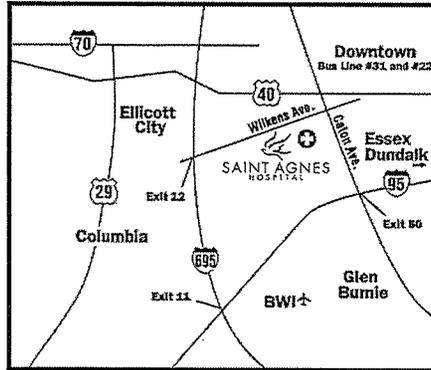
- 完整的申请表
- 此前几年的联邦所得税申报表
- 当前的收入证明; 或假如已失业, 请提供失业补偿证明或支持证明
- 任何可供调查的文件
- 支票账户和/或储蓄账户的副本
- 任何未付医疗费用的副本

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 667-234-2175 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!



PO Box 412315  
Boston, MA 02241  
667-234-2175  
TTY: 667-234-2001  
[www.TeamSaintAgnes.com](http://www.TeamSaintAgnes.com)



患者  
财政  
服务

马里兰州统一  
财政援助  
申请表

