



20555 Victor Parkway  
Livonia, Michigan 48152

## 保密经济援助申请

适用于由 Trinity Health 机构和医生提供的医院和专业服务

个人保密信息

保证人：  
案例编号：  
案例所涉患者：

感谢您选择 Trinity Health Michigan 作为您的医疗服务提供者。请填写随附的申请表，并按以下地址寄回，以完成对您的经济援助的评估。

如有任何疑问，请在美国东部时间周一至周五上午 9:00 - 下午 5:00 致电 800-494-5797 联系我们的客户服务中心。

谨此致意！

Trinity Health Enterprise Patient Financial Services  
代表 Trinity Health Michigan  
20555 Victor Parkway  
Livonia, MI 48152



20555 Victor Parkway  
Livonia, Michigan 48152

### 保密经济援助申请

适用于由 Trinity Health 机构和医生提供的医院和专业服务

请填写并签署申请表，并在 **10** 天内连同以下材料的复印件一并寄回：

#### 所需证明

- 过去一个月的总收入证明
- 过去两个月所有银行账户的完整银行对账单，包括所有页面（对定期存款的说明）
- 最近的报税表（1040 表格及附表 C、E 或 F）或三个月的损益表（自营职业者/受抚养人）

如适用，请提供以下材料

- 最近的季节性收入
- 失业救济金/拒绝函
- 儿童抚养收入/赡养费
- 无收入 - 填写申请表中的“资助信”部分

#### 患者信息

患者姓名		出生日期	
社会保障号/EIN（可选）	移动电话	其他电话	
通信地址	城市	州	邮政编码
电子邮件地址	您是哪个州的居民		
婚姻状况 <input type="checkbox"/> 单身 <input type="checkbox"/> 已婚 [Married] <input type="checkbox"/> 离异 [Divorced] <input type="checkbox"/> 其他 [Other] _____			
您是否提交联邦报税表？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果回答“否”，为什么		您能否在其他人的报税表中被列为受抚养人 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
您或您的受抚养人在接受服务时是否有医疗保险？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否（请提供保险卡复印件）			
您是有合法证件的美国居民吗？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不愿回答			



20555 Victor Parkway  
Livonia, Michigan 48152

### 保密经济援助申请

适用于由 Trinity Health 机构和医生提供的医院和专业服务

根据您最近的纳税申报表，包括您本人在内的家庭成员	出生日期	与患者的关系	是否在报税表中申报（是/否）

#### 所有家庭成员的收入证明

月收入来源	由谁领取？	月总收入（税前）	月收入来源	由谁领取？	月总收入（税前）
工资			工伤赔偿		
社会保障/残疾			失业		
养老金			子女抚养费/赡养费		
自营职业			地产出租收入		
公共援助			其他 [		

#### 资助信 - 仅应由资助者填写

- 我为患者提供 50% 以上的生活费用，但我无法帮助支付医疗账单。
- 通过签署此信函，本人确认上述声明正确无误，并且本人绝不承担患者的账单费用。如有疑问，请与我联系：\_\_\_\_\_（电话号码）

资助者姓名

与患者的关系

资助者签名

日期



20555 Victor Parkway  
Livonia, Michigan 48152

### 保密经济援助申请

适用于由 Trinity Health 机构和医生提供的医院和专业服务

#### 收入和身份核实 [VERIFICATION OF INCOME AND IDENTIFICATION]

我确认，据我所知，本申请表中所列的信息均真实和完整。我理解，提供的信息需要核实。如果上述信息以虚假借口提供，我将负责偿付在 Trinity Health 关联机构提供的任何服务。

患者签名： \_\_\_\_\_ 日期： \_\_\_\_\_

或法定监护人签名（如适用）： \_\_\_\_\_ 日期： \_\_\_\_\_

与患者的关系： \_\_\_\_\_ 日期： \_\_\_\_\_

请将申请表邮寄至上述地址，或传真至 312-871-3350，或通过 MyChart（患者门户网站）上传文件 - <https://mychart.trinity-health.org/MyChart> 如果您有任何疑问，请在周一至周五上午 9 点至下午 5 点（美国东部时间）拨打 800-494-5797 联系我们的客户服务中心。