



经济援助申请说明

我们将为符合条件的患者提供医疗必需服务的经济援助。经济援助的资格将基于联邦贫困准则（每年在联邦公报上公布）。如果病人表示他们没有保险或任何其他支付医疗必需服务的手段，其可以请求考虑给予其经济援助。

请交回以下文件：

- **已填妥的经济援助申请书**（未完成的申请书将不被考虑）
- **家庭收入证明**
密歇根州居民：最近4个付款周期的工资单，最近2个月的银行对账单，其他收入/资产证明（403b， 401k等）。
- **俄亥俄州居民**：提供服务前最近3个月的工资单
- **收入核实表**（如果您目前没有任何收入）
- **最近提交的联邦纳税申报副本**
- **如有任何文件无法提供，请做出标记。**

处理申请需要 30 个工作日。迈凯伦医疗可能要求提供处理经济援助申请所必需的其他财务文件。缺少或未完成的申请书或文件将延误对申请书的处理。

请将填妥的申请书和证明文件在十四（14）天内提交至：

McLaren Corporate Services
Attn: Revenue Cycle Operations – Customer Service
50820 Schoenherr Rd.
Shelby Township, MI 48315

或者 FinancialAssistance@mclaren.org

必须提交所有要求的信息，以便处理/审查经济援助。

如果您有任何问题或需要协助完成申请，请联系：

患者金融服务
客户服务部
(844) 321-1557



收入核实表

此表格只适用于未列出任何收入的经济援助申请人。

本表上的所有字段必须填写，表格方为有效。

| | |
|--------|---------|
| 申请人姓名： | 申请人现住址： |
|--------|---------|

申请人收入核实表

本人，_____，证明我没有任何已赚取或未赚取的收入。我给予迈凯伦医疗（McLaren Health Care）许可核实本声明。我理解，如果迈凯伦医疗发现我有任何已赚取或未赚取的收入，我将被取消接受经济援助的资格。

我目前由下述人员供养（列出您如何支付基本费用、食物、衣服、住所，包括所有提供支持之人的姓名）：

我理解迈凯伦医疗的代表可能会联系上述个人，以核实所提供的信息。

签字

申请人签字： _____

印刷体姓名： _____

日期： _____



- McLaren-Bay Region
- McLaren-Bay Special Care
- McLaren Cancer Institute
- McLaren-Central Michigan
- McLaren-Clarkston
- McLaren-Flint
- McLaren-Greater Lansing
- McLaren Health Care
- McLaren Health Plan
- McLaren Homecare Group
- McLaren-Lapeer Region
- McLaren-Macomb
- McLaren Medical Group
- McLaren-Oakland
- McLaren-Orthopedic Hospital
- McLaren Northern Michigan
- McLaren Caro Region
- McLaren Thumb Region
- McLaren St. Lukes
- 其他 _____

经济援助申请

应付余额总计 _____ 账号 _____

患者姓名 _____ 社会保障号 _____ 出生日期 _____

家庭住址 _____ 城市 _____ 州 _____ 邮编 _____

家庭电话 _____ 其他电话 _____

责任方（担保人）姓名 _____ 社会保障号 _____ 出生日期 _____

雇主 _____ 工作电话 _____

请选择其一： 在职雇员 自雇 失业 退休 残疾

如受雇 - 您的工作方式为： 全职 兼职 临时工 平均每周工作小时数 _____

配偶姓名 _____ 社会保障号 _____ 出生日期 _____

配偶雇主 _____

请选择其一： 在职雇员 自雇 失业 退休 残疾

如受雇 - 您的工作方式为： 全职 兼职 临时工 平均每周工作小时数 _____

受抚养人的姓名和年龄（包括本人和配偶） _____

储蓄(存款证书、货币市场、个人退休金账户)、支票和信用合作社账户。

| 银行名称 | 城市 | 账户类型 | 余额 |
|------|----|------|----|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

您有自己的房子吗？ 是 否 如是，请在下面列出。

您还拥有其他财产吗？ 车辆、房车、其他不动产。 是 否 如是，请在下面列出。

资产

| 资产-房屋、车辆等 | 市场价值 | 未偿还贷款金额 |
|-----------|------|---------|
| | | |
| | | |
| | | |

家庭月收入及支出

| 收入项目 | 金额 (月) | 支出项目 | 金额 (月) |
|----------|--------|-----------|--------|
| 家庭总收入 | | 租金/贷款 | |
| 社会保险收入 | | 物业税 | |
| 利息收入 | | 汽车 | |
| 租金收入 | | 保险: 业主 | |
| 赡养费 | | 保险: 汽车 | |
| 儿童抚养费 | | 保险: 健康 | |
| 养老金 | | 保险: 人寿 | |
| 一般性援助 | | 公用事业 | |
| 失业 | | 杂货 | |
| 州/政府援助 | | 汽油 | |
| 来自他人的资助 | | 医疗 | |
| 土地合同收入 | | 赡养费/儿童抚养费 | |
| 工人补偿 | | 其他 (请说明) | |
| 军人家庭拨款 | | 其他 (请说明) | |
| 其他 (请说明) | | 其他 (请说明) | |

分期贷款和信用卡

| 债权人 | 欠款余额 | 每月付款 |
|-----|------|------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| 总收入 | 总支出 |
|-----|-----|
| | |

请附上任何与您的申请有关的收入和支出的进一步详情。

我在此申明, 据我所知上述信息是正确的。我授权迈凯伦医疗公司 (McLaren Health Care Corporation) (MHCC) 及其子公司核实任何信息的完整性和准确性。我还授权这些信息可以向MHCC及其附属公司发布。我理解, 作为一个慈善机构, MHCC可能会向我提供优惠或免费的医疗服务。此外, 我也理解在决策过程中可能会获取个人信用报告。

患者或责任方签名 _____ 日期 _____

配偶签名 _____ 日期 _____

批准的有效期为12个月, 之后任何服务都需要更新信息。对于任何剩余的款项, 必须作出约定的付款安排, MHCC可酌情重新评估。

授权签字 _____ 日期 _____

决定: