



親愛的_____：

我們理解您已請求援助以償還您對紀念醫院（Memorial Hospital）和我們醫師的財政債務。為了評估您是否符合紀念醫院財政援助計劃（Memorial Hospitals' Financial Assistance Program），請提供以下概述的財政資訊，那樣我們可以評估您是否符合計劃的資格。所有文件必須在 2 個月內提交並接受評估。如果在此期限內我們未收到所有要求的文件，您將被視為不符合援助的資格。

請完成隨函所附的問卷調查並附上以下文件的副本：

1. 前一年（2013 年）簽了字的 1040 聯邦所得稅單（所有頁），包括所有的 W2 和 1099 表以及所有適用的附表。
2. 提交以下：以適用於您家庭收入來源的項目為準：
 - a. 最近四週的工資單存根（連續的）
 - b. 目前（2014 年）的社會保障（Social Security）、私營殘疾（Private Disability）授予信函和/或最近一個月的養老金付款支票存根。
 - c. 失業救濟金信函以及最近四張付款支票存根
 - d. 租金收入。
3. 資產
 - a. 以下賬戶最近三個月的賬單所有頁：儲蓄、支票、股票、債券、信用合作社、定期存款等。
 - b. 對於超出您月收入的所有存款以及所有大筆取款都必須提供輔助證明文件。
 - c. 如果您沒有支票賬戶，您必須提供收據和/或輔助文件，註明用來支付您日常每月賬單的付款方式。

第二頁

4.

您所有日常每月賬單的副本（最近連續兩個月的），包括信用卡、貸款報表、房租、按揭、電話、水電費賬單等。

5.

如果您除了主要住所之外還擁有額外的房子或財口，請提供目前的評估價口以及顯示仍然欠銀行/按揭公司的數目的文件。

請注意：一旦您的案件進入審口過程，經過對所提交證明文件的審口，可能要求您提供額外的文件。

由於請求財政援助的患者數量以及有限的可用資源，我們必須在11/3/14之前收到這些文件。如果您比較喜歡安排約見或者您需要額外的時間來提供所要求的文件，請聯絡我們辦公室，電話號碼：212-639-_____。

一旦您提交了所要求的證明文件，請不用理會您可能收到的任何賬單，直到醫院對申請做出決定。

醫院將在收到所有所要求文件的15天之口審定您的申請。

我們期待與您合作，一起解決您未清償的醫院和醫師債務。

誠摯的，

患者財政服務

附件



財政援助問卷調查

日期 _____ 患者姓名 _____

病歷號碼 _____

受供養人（在聯邦所得稅單上表明的人數） _____

家庭收入（列出家庭中所有的受供養人，包括您自己）

姓名	關係	年齡	職業	年度工資總額	教育水平

註解：

其他收入來源（例如：贍養費、退休金）

家庭資源

類型	銀行	金額
儲蓄賬戶		
支票賬戶		
共同基金（市場價值）		
股票和債券（市場價值）		
定期存款		
資產		

註解：

財政援助問卷調口（第2頁）

住房

租房（每月付款） _____

自購房（每月按揭付款） _____

按揭持有人 _____

債務

未清償貸款

信用卡

請列出您所有信用卡的每月最低付款：

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

我確認我所提供的有關我財政狀況的資訊是正確的。我完全理解我對這些聲明真實性的責任。我在此授權紀念醫院及其附屬機構和代表調口其中所包含的資訊並獲取一份信用報告。

擔保人簽字： _____

日期： _____