

财务援助计划申请说明

Renown Health
10315 Professional Circle
Mail Stop T6
Reno, NV 89521

P 775.982.5747
F 775.982.3220
fap@renown.org

担保人账户: _____

日期: _____

尊敬的申请人:

感谢您选择我们为您提供帮助。附件是一份由 **Renown Health** 提供的财务援助计划申请书。本财政援助计划的目的是向不符合联邦、州或县援助资格的且没有合理的方式来履行必要医疗服务的财务义务的担保人提供财务救济。所要求的文件仅用于确定财务援助计划的资格。如果您尚未直接申请联邦、州或县的援助，我们可以帮助您进行简单的筛查，以确定您符合资格的可能性。请致电 **775-982-4110** 联系我们的财务援助专员，寻求申请方面的帮助。

财务援助要求:

- ✓ 申请表上的所有项目必须全部填写。
- ✓ 在提交您的申请时，需要根据预筛选确定 \$_____ 美元的共付额。付款将适用于任何未付余额，无论申请获批与否
- ✓ 收入和支出证明（附副本）:
 - 过去几个月的工资单和/或其他收入来源（社保、失业、儿童抚养费、赡养费等）
 - 上个月的银行对账单（包括链接账户；所有页面）
 - 上个月/季度来自任何其他资产账户的报表（即保单、投资、人寿保险分配、法律结算基金等）。
 - 上一年度提交的纳税申报表（1040 表及相应附表）。
- ✓ 您必须通过所在县的社会服务和国家福利计划获得申请和拒绝援助的证明，或超额收入的证明
- ✓ 将出具一份 **Trans Union** 信用报告，以核实财务援助资金申请中提供的所有信息

提交所有支持性文件后，您将收到书面或电话通知，告知您有关您是否符合资格的最终决定。如果您的地址或电话号码发生变化，请及时通知我们。如果您对本财务援助计划有任何疑问，或需要帮助填写申请表，请致电 **775-982-5747** 联系 **Renown Health** 的财务援助专家。

Renown Health
10315 Professional Circle T-6
敬启: Medical Financial Hardship
Reno NV 89521
FAP@renown.org

财务援助计划申请

重要：请在签字前阅读并填写表格。需要准确的信息才能进行适当的处理。

患者帐号：

出生日期：

申请日期：

患者姓名	入院日期		
责任方（担保人）姓名	社会保障号	家庭电话号码	
地址	与患者的关系	家里居住了多少人	
雇主	雇主地址	雇主电话	
雇用年/月	职业		
配偶姓名	社会保障号	职业	雇用年/月
配偶雇主	雇主地址		雇主电话号码
担保人信息：			
1. 不动产：地址：			
2. 手头现金：			
3. 银行/信用合作社/信托证明和账户：			
名称	地址	类型和账号	余额
4. 保险单：			
名称	类型和保单编号	值	
5. 股票/债券：			
描述			值
6. 企业所有权：			
姓名及地址	持有的权益类型价值		值
7. 车辆：			
描述			值
8. 信托契约，注：			
9. 杂项：			
10. 您有资格享受县或州的福利吗？如果是，请说明符合资格的依据			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

兹证明上述资料真实无误。我还授权 Renown Health 获取核实我财务状况所需的信息。

责任方签名

日期

在确定 FAP 资格后，向符合 FAP 资格的个人收取的急救或其他必要医疗护理费用不得超过 AGB。截至 2022 年 9 月 1 日，AGB 占费用的 26%。有关如何计算 AGB 的信息，请致电 775-982-5747 联系我们。