

财务援助计划申请说明 Financial Assistance Program Application Instructions

担保人账户： _____

日期： _____

尊敬的担保人：

附件是一份由 **Renown Health** 提供的财务援助计划申请书。这项计划是为那些认为自己在履行其对医疗服务
的财政责任时可能需要帮助的个人而制定的。

要求：

本财政援助计划的目的是向不具备联邦、州或县援助资格的且没有合理的方式支付其债务的担保人提供援助。如果您还没有直接向这些机构申请，您可以致电 **775-982-4110** 联系担保人财务援助专家以获得申请方面的帮助。

- ✓ 申请表上的所有项目必须全部填写。
- ✓ 在您提交申请时，需要根据预筛选结果确定共付额 _____ 美元。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（附复印件）：
 - 上一年度提交的**纳税申报表**（1040 表及相应附表）
 - 过去 4 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）
 - 最近 4 个月的**银行对账单**（包括链接账户；所有页面）
 - 最近 4 个月的**按揭或租金**收据
 - 最近 4 个月任何**其他资产账户**（即，退休账户（401K、403B、503B、IRA 等）保险单、投资、人寿保险分红、法定结算资金等）的报表
- ✓ 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。
- ✓ 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，请致电 **775-982-5747** 联系 **Renown Health** 的财务援助专家。

Renown Health
850 Harvard Way T-6
敬启：Medical Financial Hardship
Reno NV 89502

