



尊敬的患者/申请人：

Northwest Hills Surgical Hospital 以慈悲为怀，致力于为所有人（特别是最需要帮助的人）提供个性化的护理。为患者提供经济援助是我们的使命和特权。经济援助仅适用于急救及其他医学必要护理。感谢您信任我们，托付我们护理您和您的家人，满足您所有的医疗保健需求。

我们发送本函并附上经济援助申请表是因为收到了您的请求。如果您没有提出过此请求，请忽略。请完成两面，包括您的签名和日期，然后再寄回给我们。如果您在过去六个月内已经完成申请并且获得了经济援助批准，请通知我们。您可能无需完成新的申请。我们不会考虑六个月以前的申请。

请随申请提供至少一份下列项目的副本，作为收入证明。如果您已婚或者与重要他人在一起住了6个月或以上，则还需要提供至少一份下列项目的副本作为他们的收入证明，然后才会受理您的申请。

- 雇主最近3次工资存根的副本
- 最近年度纳税申报单的副本（如果是自雇，则包括所有纳税时间表）
- 社会保障和/或养老金/退休金授予书
- 家长或监护人最近的年度纳税申报单（如果申请人是其纳税申报表上所列的家属并且未满25岁）
- 其他收入验证文件
- 最近3个月的银行对账单副本
- 失业救济金收据副本

如果您获得来自家人或朋友的援助，或与家人或朋友同住家中，请让他们填写随附的标记为“支持信”的表格。这不会造成他们对您的医疗账单负责，只是帮助证明您负担生活开支的能力。如果您没有从家人和朋友获得援助，则无需填写“支持信”表格。

最后，另请提供您未清偿的每月医疗和药房/药品费用的证明文件。

请知晓，我们必须收到完整的申请书和收入证明，才会考虑您的申请。 我们无法处理也不会考虑不完整的申请。

请记住，通过网络电子邮件进行的通信不一定安全。 您包含在电子邮件中的信息可能被预定收件人以外的第三方拦截和读取，虽然这种可能性不大，但还是存在。

我们希望保护您的个人信息，确保其安全。 由于申请中包含您的社会保障号码及其他私人信息，因此提醒您不要用电子邮件发送。

请将完成的申请书打印出来，邮寄或亲手提交到以下地址：

**Northwest Hills Surgical Hospital**  
**Attn: Patient Financial Services**  
**6818 Austin Center Blvd. Suite 100**  
**Austin, TX 78731**  
**512-324-1125**

如果对此申请有任何疑问，请致电我们的一位患者代表，电话是。

此致，

Northwest Hills Surgical Hospital  
财务服务部