



财务援助认定函

日期: _____

患者姓名: _____

账号 #: _____

○ **已批准** - 您的财务援助申请已被批准。 您可获得的折扣为 ____%.*

- 该折扣批准仅一次有效。
- 此申请表及其所获折扣仅适用于指定的账户及服务日期。 后续账户须进行常规计费。

○ **已拒绝** 您的财务援助申请由于以下原因被拒绝: _____

○ **待定** - 您的申请处于待定状态。 为完成您的财务援助申请, 我们还需要以下信息: _____

若您的财务援助申请被拒绝, 请致电 (484)526-3117 事务部门以了解付款计划选择。

署名: _____