

## 关于机构证明函的说明

如要申请 UNM 护理计划 (UNM Care) 或县外护理计划 (Out-of-County Care)，您必须向我们提供可证明您身份和居住地址的文件。

有时申请人没有这些文件。如果您没有这些文件，可以要求了解您和您个人情况的个案工作者、社区卫生工作者、医疗保健提供者或社区机构提供一份证实您身份和/或居住地址的书面声明。这称为证明函。证明的意思是确认或保证某事真实无误。

您可以向上述其中一位人士提供以下说明。

尊敬的写信人：

感谢您为我撰写证明函。以下是一些说明。

- **您可以使用下一页的机构证明函样本。**请复制证明函样本并将其粘贴到贵机构的信头（如有），填写空白处，删除任何不适用的句子，然后签名。
- **手写机构证明函。**请以证明函样本为指南自行撰写证明函。仅提供与您要证明的事项相关的信息（患者的身份和/或居住地址）。对于手写证明函或没有信头的证明函，请附上名片或类似文件。
- 所有证明函均须注明日期、写信人的姓名、职称、联系电话和电子邮件，并附上签名。
- 可以将证明函直接交给患者提交，邮寄给 UNM Financial Assistance（地址：1131 University Blvd, Suite D, Albuquerque, NM 87102）或者通过电子邮件发送至 [financialassistance@salud.unm.edu](mailto:financialassistance@salud.unm.edu) 或患者代表的电子邮件地址。
- 如有任何疑问，请致电 505 272-2521 联系 UNM 财务援助部 (Financial Assistance)。

## 机构证明函样本

日期：\_\_\_\_\_

本人撰写此函是为了向您提供关于 \_\_\_\_\_ 的信息。  
患者姓名

本机构，即 \_\_\_\_\_，一直在与  
机构名称

\_\_\_\_\_ 合作，开始日期为 \_\_\_\_\_。  
患者姓名 月/年

根据本人对下列人员的了解，本人可以证明：

\_\_\_\_\_ 这一姓名准确无误。

该患者居住于 \_\_\_\_\_。

请接受此信息作为其 UNM 护理计划或县外护理计划申请的证明文件。

\_\_\_\_\_  
签名

\_\_\_\_\_  
姓名

\_\_\_\_\_  
职称

\_\_\_\_\_  
电话号码和/或电子邮件地址