

## 機構信函指示說明

若要申請 UNM 照護計畫 (UNM Care) 或縣外照護計畫 (Out-of-County Care)，您必須向我們提供可證明您身分和居住地點的文件。

有時候人們沒有這些文件。如果您沒有這些文件，可以要求瞭解您和您情況的個案工作人員、社區衛生工作人員、醫療照護提供者或社區機構提供書面聲明，以確認您的身分及/或居住地。這稱為證明信。證明是指確認或保證某件事真實無誤。

您可以向其中一位人員提供以下指示說明。

尊敬的信函撰寫者，

謝謝您為我撰寫信函。以下是一些關於信函的指示說明。

- 您可以使用下一頁上的**機構證明信範本**。請複製範本信函並將其貼到您機構的信箋上（如果有的話），填寫空白處，刪除任何不適用的句子，然後簽名。
- 以**手寫方式撰寫機構證明信**。使用範本信函作為撰寫您自己之信函的指南。僅包含與您要證明之事項相關的資訊（患者的身分及/或居住地）。對於手寫的信件或沒有信箋抬頭的信件，請附上名片或類似文件。
- 所有信件必須包含日期、撰寫者姓名、職稱、聯絡電話號碼和電子郵件，並附上簽名。
- 信件可直接交給患者提交，或郵寄至 UNM Financial Assistance（地址：1131 University Blvd, Suite D, Albuquerque, NM 87102），或使用電子郵件寄送到 [financialassistance@salud.unm.edu](mailto:financialassistance@salud.unm.edu)，或寄送到患者代表的電子郵件地址。
- 如您有任何疑問，請撥打 UNM 財務援助處 (Financial Assistance) 電話：505 272-2521。

## 機構證明信範本

日期：\_\_\_\_\_

本人撰寫此信函是要向您提供關於 \_\_\_\_\_ 的資訊。  
患者姓名

本機構， \_\_\_\_\_ ，一直在與  
機構名稱

\_\_\_\_\_ 合作，開始時間為 \_\_\_\_\_ 。

患者姓名

月份/年份

根據我對下列人員的瞭解，我可以聲明：

\_\_\_\_\_ 是準確的姓名。

此患者居住於 \_\_\_\_\_ 。

請接受此資訊作為其 UNM 照護計畫或縣外照護計畫申請的證明文件。

\_\_\_\_\_ 簽名

\_\_\_\_\_ 姓名

\_\_\_\_\_ 職稱

\_\_\_\_\_ 電話號碼及/或電子郵件地址