Ascension

[Date]

尊敬的患者／申请人，

Ascension 出于同情心，致力于为所有人（尤其是最需要协助的人）提供个性化护理。为患者提供经济援助是我们的使命和荣幸。经济援助仅适用于急救及其他医疗性的必要护理。感谢您信任我们照顾您及您家人的所有医疗护理需求。

我们寄送此信函及随附的经济援助申请书的原因是我们收到了您的申请。如果您没有作出以上要求，请忽略即可。 请填写表格的两面，并在寄回前签署您的签名及日期。 如果您在过去六个月内完成了申请并获得经济援助，请通知我们 – 您可能不需要完成新的申请。 不幸的是，我们无法依赖超过六个月的先前申请。

在提交申请的同时，您还需要提供您的家庭收入证明以及任何家庭成员所拥有的所有资产证明。

收入和资产证明的例子包括：

- 来自雇主的最近 3 张工资单副本
- 最近年度纳税申报表的副本（如果是自雇人士，请包含所有时期）
- 社会保险及／或养老金退休裁定书
- 父母或监护人的最近年度纳税申报表（如果申请人是纳税表中所列且年龄 在 25 岁以下的受抚养人）
- 失业救济金收据副本
- 针对 Medicaid 和/或州资助的医疗援助资格的批准/拒绝资料
- 其他收入确认文件

资产证明的例子包括：

- 过去 3 个月的当前银行对账单（支票和储蓄账户）
- 投资，包括股票和债券
- 信托基金
- 货币市场账户
- 互惠基金

最后，我们可能会考虑您未付的医疗账单情况，使您有资格获得经济援助。如果您希望我们考虑这个问题，也请提供您每月未付的医疗和药房/药品费用的文件，如当前的发票或帐户余额报表。**请注意，我们必须收到 1) 完整的申请以及 2) 收入证明、3）资产证明和 4）未付的医疗账单（如果适用），才能考虑申请。我们无法处理或考虑不完整的申请。**

请记住，在提交您的申请时，经由电子邮件在因特网进行的通讯并不安全。尽管可能性不大，但您包含在电子邮件中的信息可能会被收件人以外的其他人截获并阅读。 我们希望保护您的个人信息并确保其安全。由于该申请包含您的社会保险号码及其他私人信息，因此我们建议您不要透过电子邮件传送该信息。

请打印并邮寄申请，或亲自将完整的申请表和证明文件寄送到以下地址：

Ascension St. Vincent's
PO Box 932886
Atlanta, GA 31193

Ascension Medical Group
Attn: Lockbox 713441
3441 Reliable Pkwy
Chicago, IL 60686

我们在此提供帮助，并希望确保有资格获得经济援助的患者获得援助。 如果您对此申请、所需的证明文件或如何以最佳方式将您的申请提交给我们有任何疑问，请致电 904-308-7381 与我们的一位患者代表联系。

此致，

Ascension 患者财务服务部

经济援助申请表

Health Outreach Patient Eligibility (H.O.P.E)

患者信息

（请正楷书写，所有字段必填。如果申请表中的任何单个行不适合您，请注明 N/A）

日期_____账号 _____

姓名（名字和姓氏）_____

出生日期_____婚姻状况____ 电话号码_____

邮寄地址_____ 城市____ 州_____邮 政 编 码

_____社会保障号码（可选）___

雇主_____ 就业状况_

每周工作时数_____ 雇主电话号码_____

_____

责任方的信息/法律监护人信息

（如果上述患者与责任方是同一人，则将此部分留空。）

姓名（名字和姓氏）_____

出生日期_____婚姻状况____ 电话号码_____

邮寄地址_____ 城市____ 州_____邮 政 编 码

_____社会保障号码（可选）___

雇主_____ 就业状况_

每周工作时数_____ 雇主电话号码_____

_____

责任方配偶信息

（如果患者与责任方是同一人，请填写患者配偶的信息。）

姓名（名字和姓氏）_____

出生日期_____婚姻状况____ 电话号码_____

邮寄地址_____ 城市____ 州_____邮 政 编 码

_____社会保障号码（可选）___

雇主_____ 就业状况_

每周工作时数_____ 雇主电话号码_____

_____

责任方的家属

（如果患者与责任方是同一人，请填写患者配偶的信息。）

姓名_____出生日期_____与 责 任 方 的 关 系

_____姓名_____出 生 日 期

_____与责任方的关系_____姓 名

_____出生日期_____与 责 任 方 的 关 系

_____姓名_____出 生 日 期

_____与责任方的关系 _____

住在家里的成人和儿童人数 _____

每月收入

（为下面列出的每一项填写美元。提供每个人每月的金额。）

申请人劳动收入 _____

申请人配偶的收入 _____

社会保障福利 _____

养老金/退休金收入 _____

残疾保障收入 _____

失业救济金 _____

工伤赔偿金 _____

利息/股息收入 _____

获得的子女抚养费 _____

获得的赡养费 _____

物业出租收入 _____

食品救济券 获得的信托基金分红 _____

其他收入_____

其他收入_____

每月总收入（美元） _____

每月生活开支

按揭贷款/房租_____

公用事业费用_____

电话（固话） _____

手机 _____

日杂/食品_____

有线电视/网络/卫星电视 _____

汽车贷款 _____

子女看护 _____

子女抚养/赡养费_____

信用卡 _____

医生/医院账单 _____

汽车保险 _____

房屋/财产保险 _____

医疗/健康保险 _____

人寿保险 _____

其他每月开支 _____

每月总开支 $ _____

资产

现金/储蓄/支票账户 _____

股票/债券/投资/定期存单_____

其他房产/第二住宅 _____

船/房车/摩托车/休闲车 _____

收藏汽车/非必需汽车 _____

其他资产 _____

本人特此证明，上述信息为据我所知的真实且完整的信息。我特此授权医院可从外部信用报告机构获取信息，前提是医院认为有必要。

申请人签名_____

日期 _____

备注 _____