Ascension

[Date]

尊敬的患者／申請人，

Ascension 出於同情心，致力於為所有人（尤其是最需要協助的人）提供個人化護理。為患者提供財務援助是我們的使命及榮幸。經濟援助僅適用於急救及其他醫學必要護理。感謝您信任我們照顧您及您家人的所有醫療護理需求。

我們收到您的申請，因此我們寄送這封信並隨附經濟援助申請書。如果您沒有作出以上要求，請忽略之。 請填寫表格的兩面，並在寄回前加上您的簽名及日期。 如果您在過去六個月內完成了申請並獲得經濟援助，請通知我們 – 您可能不需要完成新的申請。 不幸的是，我們無法依賴超過六個月的先前申請。

在提交申請的同時，您還需要提供您的家庭收入證明以及任何家庭成員所擁有的所有資產證明。

收入和資產證明的例子包括：

- 來自雇主的最近 3 張工資單副本
- 最近年度納稅申報表的副本（如果是自僱人士，請包含所有時期）
- 社會保險及／或養老金退休裁定書
- 父母或監護人的最近年度納稅申報表（如果申請人是納稅表中所列且年齡在 25 歲以下的受撫養人）
- 失業救濟金收據副本
- 針對 Medicaid 和/或州資助的醫療援助資格的批准/拒絕資料
- 其他收入確認文件

資產證明的例子包括：

- 過去 3 個月的當前銀行對帳單（支票和儲蓄帳戶）
- 投資，包括股票和債券
- 信託基金
- 貨幣市場帳戶
- 互惠基金

最後，我們可能會考慮您未付的醫療帳單情況，使您有資格獲得經濟援助。 如果您希望我們考慮

這個問題，也請提供您每月未付的醫療和藥房/藥品費用的文件，如當前的發票或帳戶餘額報表。

請注意，我們必須收到 1) 完整的申請以及 2) 收入證明、3）資產證明和 4）未付的醫療帳單（如果適用），才能考慮申請。我們無法處理或考慮不完整的申請。

請記住，在提交您的申請時，經由電子郵件在網際網路進行的通訊並不安全。儘管可能性不大，但您包含在電子郵件中的資訊可能會被收件人以外的其他人截獲並閱讀。 我們希望保護您的個人資訊並確保其安全。由於該申請包含您的社會保險號碼及其他私人資訊，因此我們建議您不要透過電子郵件傳送該資訊。

請列印並郵寄申請，或親自將完整的申請表和證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

我們在此提供幫助，並希望確保有資格獲得經濟援助的患者獲得援助。 如果您對此申請、所需的證明文件或如何以最佳方式將您的申請提交給我們有任何疑問，請致電 904-308-7381 與我們的一位患者代表聯絡。

此致，

Ascension 患者財務服務部

經濟援助申請表

Ascension St. Vincent's

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

患者資訊

（請以印刷體書寫，並且所有欄位都必須填寫。在不適用的任何個別行，則填入 N/A）

日期_____帳戶號碼_____

姓名（名字及姓氏）_____

出生日期_____婚姻狀況_____電話號碼_____

郵寄地址_____市_____州_____郵遞區號_____

社會保險號碼（選填）_____

雇主_____就業狀況_____

每週工作時數_____雇主電話號碼_____

責任方資訊/法律監護人資訊

（如果以上患者與負責方相同，則將此部分留空。）

姓名（名字及姓氏）_____

出生日期_____婚姻狀況_____電話號碼_____

郵寄地址_____市_____州_____郵遞區號_____

社會保險號碼（選填）_____

雇主_____就業狀況_____

每週工作時數_____雇主電話號碼_____

責任方配偶資訊

（如果患者與責任方相同，請填寫患者的配偶資訊。）

姓名（名字及姓氏）_____

出生日期_____婚姻狀況_____電話號碼_____

郵寄地址_____市_____州_____郵遞區號_____

社會保險號碼（選填）_____

雇主_____就業狀況_____

每週工作時數_____雇主電話號碼_____

責任方的家屬

（如果患者與責任方相同，請填寫患者的配偶資訊。）

姓名_____出生日期_____與責任方的關係_____

姓名_____出生日期_____與責任方的關係_____
姓名_____出生日期_____與責任方的關係_____
姓名_____出生日期_____與責任方的關係_____
居住在家庭中的成人及兒童人數_____

月收入

（為以下列出的每個項目填入美元金額。提供每月金額。）

申請人的收入_____
申請人配偶的收入 _____
社會保險福利_____
退休金/退休收入 _____
殘障收入 _____
失業救濟金 _____
工人補償金 _____
利息/股息收入 _____
收到的子女撫養費 _____
收到的贍養費_____
出租不動產收入_____
食物券 _____
收到的信託基金配息 _____
其他收入 _____
其他收入 _____
每月總收入總額$_____

每月生活開支

抵押/租金_____
公用支出 _____
電話（室內）_____
手機_____
雜貨/食品_____
有線/網路/衛星電視 _____
汽車支出 _____
育兒_____
兒童撫養費/贍養費_____
信用卡 _____
醫師/醫院帳單 _____
汽車/汽車保險 _____
房屋/不動產保險 _____
醫療/健康保險 _____
人壽保險 _____
其他每月支出_____
每月總支出$ _____

資產

現金/儲蓄/支票帳戶 _____
股票/債券/投資/存託憑證 _____
其他房地產/第二住所_____
船舶/房車/摩托車/休旅車 _____
收藏車/非必要汽車 _____
其他資產 _____

本人特此證明，上述資訊為據我所知的真實且完整的資訊。本人特此授權醫院可從外部信用報告機構獲得資訊，前提是醫院認為有必要。

申請人簽名 _____

日期 _____

註解_____

_____

_____

_____

_____