Ascension

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。遗憾的是，我们无法使用六个月之前提交的申请。

在提交申请的同时，您还需要提供您的家庭收入证明。

收入证明的例子包括：

- 来自雇主的最近 3 张工资单副本
- 最近的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的年度纳税申报表（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
- 其他收入确认文件

如果您获得来自家属或朋友的援助，或与家属或朋友同住，请让他们填写随附的标记为“Letter of Support（支持信）”的表格。此表格不会让他们对您的医疗账单负责。这将有助于证明您负担生活费用的能力。如果您没有接受家属及朋友的援助，则无需填写 Letter of Support（支持信）的表格。

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，如当前的发票或账户余额报表。**请注意，我们必须收到 1) 完整的申请以及 2) 收入证明、3) 未付的医疗账单（如果适用），才能考虑申请。我们无法处理或审议不完整的申请。**

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 Mid-Michigan
3274 Solutions Center
Chicago, IL 60677-3002

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 (888) 978-6279 (Standish) 或 (989) 362-0118 (St. Joseph) 联系我们的患者代表。

此致，

患者经济服务部
Ascension

经济援助申请表

Ascension Standish Hospital 和 Ascension St. Joseph Hospital

Ascension

患者信息

（请打印并填写所有字段。如本申请表中任何一行不适用，请注明“不适用”）

日期_____ 账号_____ 医院名称_____
姓名（名字和姓氏）_____
出生日期_____ 电话号码 _____
邮寄地址_____ 城市_____ 州____ 邮编_____
雇主_____ 就业状态_____
每周工作小时数_____ 雇主电话号码 _____

责任方信息/法定监护人信息

（如果上述患者即为责任方，则不需要填写此部分。）

姓名（名字和姓氏）_____

出生日期_____ 电话号码 _____

邮寄地址_____ 城市_____ 州_____ 邮编_____

雇主_____ 就业状态_____

每周工作小时数_____ 雇主电话号码 _____

责任方的受抚养人

姓名_____ 出生日期_____

姓名_____ 出生日期_____

姓名_____ 出生日期_____

姓名_____ 出生日期_____

家中居住的成人和儿童人数 _____

月收入

（填写下列各项的金额。填写每项每月的金额。）

申请人赚取的收入 _____

申请人的其他收入 _____

社会保障福利 _____

退休金/退休收入 _____

残障收入 _____

失业补偿金 _____

工人补偿金 _____

利息/股息收入 _____

收到的子女抚养费 _____

_____

租金收入 _____

食品券 _____

收到的信托基金分红 _____

其他收入 _____

其他收入 _____

每月总收入 $ _____

兹证明据本人所知，上述信息真实完整。本人特此授权医院在其认为有必要时，从外部信用报告机构获取信息。

申请人签名 _____

日期 _____

注释 _____

Ascension

支持信

患者的病历号码/账户号码_____

支持者的姓名_____

与患者/申请者的关系 _____

支持者的地址 _____

致 Ascension：

此信函是为了告知您，（患者姓名）_____几乎没有收入，本人为其提供生活费用方面的帮助。其对本人几乎不承担任何义务。

签署本声明即表明本人同意，据本人所知所提供的信息均属实。

支持者签名 _____

日期 _____