Ascension

尊敬的患者／申請人，

Ascension 出於同情心，致力於爲所有人（尤其是最需要協助的人）提供個人化護理。爲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。請填寫兩面表格的，加上您的簽名及日期後寄回給我們。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 – 您可能不需要進行新申請。很遺憾地，如果先前申請已超過六個月，我們便無法處理。

在提交申請的同時，您還需提供您的家庭收入證明。

<u>收入證明範例包括：</u>

- 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（如果申請人是列於納稅表中，且年齡在 25 歲以下的受撫養人）
- 失業救濟金收據副本
- 其他收入證明文件

如果您獲得來自家屬或朋友的援助，或與家屬或朋友同住家中，請讓他們填寫標記爲「Letter of Support (支援信)」的隨附表格。此表格不會讓他們對您的醫療帳單負責。這將有助於證明您負擔生活費用的能力。如果您沒有接受家屬及朋友的援助，則無需填寫 Letter of Support (支援信) 的表格。

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醫療和藥房/藥品費用文件，如目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，2) 收入證明，和 3) 未付的醫療帳單（如適用），如此我們才能處理申請。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 Mid-Michigan
3274 Solutions Center
Chicago, IL 60677-3002

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，請致電與我們的患者代表聯絡。Standish：(888) 978-6279，St. Joseph：(989) 362-0118。

此致，

患者財務服務部
Ascension

財務援助申請表

Ascension Standish Hospital 和 Ascension St. Joseph Hospital

Ascension

患者資訊

（請以正楷書寫，並且所有欄位都必須填寫。如在本申請內有任何不適用的行列，請填 N/A（不適用）

日期_____ 帳戶號碼 _____ 醫院名稱_____
姓名（姓和名）_____
出生日期_____ 電話號碼 _____
郵寄地址_____ 城市_____ 州_____ 郵遞區號_____
雇主_____就業狀態_____
每週工作時數_____ 雇主電話號碼 _____

責任方資訊／法定監護人資訊

（如果以上患者與負責方相同，則將此部分留空。）

姓名（姓和名）_____

出生日期_____ 電話號碼 _____

郵寄地址_____ 城市_____ 州_____ 郵遞區號_____

雇主_____ 就業狀態_____

每週工作時數_____ 雇主電話號碼 _____

責任方家屬

姓名_____ 出生日期_____

姓名_____ 出生日期_____

姓名_____ 出生日期_____

姓名_____ 出生日期_____

居住在家庭中的成人及兒童人數 _____

月收入

（爲以下列出的每個項目填入美元金額。提供每人每月金額。）

申請人所得收入 _____

其他申請人收入 _____

社會保險福利 _____

退休金／退休收入 _____

失能金收入 _____

失業救濟金 _____

工人補償金 _____

利息／股息收入 _____

收到的子女撫養費 _____

_____

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 $ _____

本人特此證明，上述資訊爲據我所知的真實且完整的資訊。我特此授權醫院視實際需要從外部信用報告機構獲得資訊。

申請人簽名 _____

日期 _____

註解 _____

_____

_____

_____

_____

_____

Ascension

支援信

患者病歷號／帳號_____

支援者姓名_____

與患者／申請人的關係 _____

支援者地址 _____

致 Ascension：

此信函目的爲告知您，（患者姓名）_____收入極微甚或無收入，我正協助患者應付生活開支。他／她對我擁有的義務極微。

本人簽署本聲明即表示同意，所提供的資訊爲據我所知的真實資訊。

支援者簽名 _____

日期 _____