



# Ascension

[Date]

Kính gửi Bệnh Nhân/Người Nộp Đơn,

Động lực của Ascension là sự cảm thông và chúng tôi luôn tận tâm trong việc cung cấp dịch vụ chăm sóc cá nhân cho tất cả mọi người – đặc biệt là những người cần được chăm sóc nhất. Cung cấp hỗ trợ tài chính cho bệnh nhân là sứ mệnh và đặc quyền của chúng tôi. Hỗ trợ tài chính chỉ áp dụng cho chăm sóc cấp cứu và chăm sóc cần thiết về mặt y tế khác. Cảm ơn quý vị đã tin tưởng để chúng tôi chăm sóc cho tất cả các nhu cầu chăm sóc sức khỏe của quý vị và gia đình mình.

Chúng tôi gửi thư này và đơn xin hỗ trợ tài chính đính kèm vì chúng tôi đã nhận được yêu cầu của quý vị. Nếu quý vị không yêu cầu điều này, xin vui lòng bỏ qua. Vui lòng điền đầy đủ cả hai mặt, bao gồm cả chữ ký và ngày ký trước khi quý vị gửi trả lại cho chúng tôi. Nếu quý vị đã nộp đơn đăng ký trong vòng sáu tháng qua và đã được phê duyệt hỗ trợ tài chính, vui lòng thông báo cho chúng tôi biết. Có thể quý vị sẽ không phải nộp một đơn xin hỗ trợ tài chính mới. Rất tiếc, chúng tôi không thể dựa vào đơn đăng ký đã nộp quá sáu tháng.

Cùng với đơn đăng ký, quý vị sẽ phải cung cấp bằng chứng về thu nhập của hộ gia đình và tất cả các tài sản thuộc sở hữu của các thành viên trong hộ gia đình quý vị.

## **Ví dụ về bằng chứng thu nhập và tài sản bao gồm:**

- Bản sao của 3 cuống phiếu lương gần đây nhất từ chủ lao động
- Bản sao tờ khai thuế hàng năm gần đây nhất (nếu tự làm chủ, bao gồm tất cả các bảng)
- An sinh xã hội và/hoặc Thư Hỗ Trợ Hưu Trí
- Tờ khai thuế hàng năm gần đây nhất của phụ huynh hoặc người giám hộ, nếu người nộp đơn là người phụ thuộc được nêu trong biểu mẫu thuế của họ và dưới 25 tuổi
- Bản sao giấy nhận trợ cấp thất nghiệp
- Phê duyệt/từ chối tính đủ điều kiện hưởng Medicaid và/hoặc trợ cấp y tế của tiểu bang
- Tài liệu xác minh thu nhập khác

## **Ví dụ về bằng chứng tài sản bao gồm:**

- Sao kê ngân hàng hiện tại ( tài khoản thanh toán và tài khoản tiết kiệm) của 3 tháng gần đây nhất
- Các khoản đầu tư, bao gồm cổ phiếu và trái phiếu
- Quỹ uỷ thác
- Tài khoản thị trường tiền tệ
- Quỹ tương hỗ

Nếu quý vị nhận hỗ trợ từ gia đình hoặc bạn bè hoặc sống cùng nhà với họ, vui lòng đề nghị họ điền đầy đủ biểu mẫu đính kèm có nhãn “Thư Hỗ Trợ”. Việc này sẽ không khiến họ phải chịu trách nhiệm về các hóa đơn y tế của quý vị. Mà sẽ giúp cho biết làm thế nào quý vị có thể trang trải được chi phí sinh hoạt. Nếu quý vị không nhận được hỗ trợ từ gia đình và bạn bè, quý vị không cần điền vào mẫu Thư Hỗ Trợ.

Cuối cùng, chúng tôi có thể xem xét hóa đơn y tế chưa thanh toán để giúp quý vị đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính. Nếu quý vị muốn chúng tôi xem xét, vui lòng cung cấp chứng từ về chi phí y tế và dược phẩm/thuốc chưa thanh toán hàng tháng của quý vị, chẳng hạn như hóa đơn hoặc bảng sao kê số dư tài khoản hiện tại. **Xin lưu ý rằng chúng tôi phải nhận được 1) đơn đăng ký đã điền đầy đủ cùng với 2) bằng chứng thu nhập, 3) tài sản và 4) hoá đơn y tế chưa thanh toán (nếu có) để có thể xem xét đơn đăng ký. Chúng tôi không thể xử lý hoặc xem xét các đơn đăng ký chưa điền đầy đủ.**

Khi nộp đơn đăng ký, xin lưu ý rằng việc liên lạc bằng email qua internet là không an toàn. Mặc dù ít xảy ra, nhưng có khả năng thông tin quý vị đưa vào email có thể bị đánh chặn và bị đọc bởi các bên khác ngoài người được gửi thư. Chúng tôi muốn bảo vệ thông tin cá nhân của quý vị và đảm bảo rằng thông tin đó được giữ an toàn. Vì đơn đăng ký chứa số an sinh xã hội và các thông tin cá nhân khác của quý vị, chúng tôi khuyên quý vị không nên gửi qua email.

**Vui lòng in ra và gửi qua bưu điện hoặc gửi trực tiếp đơn đăng ký đã điền đầy đủ cùng chứng từ hỗ trợ đến địa chỉ sau:**

Facility/ Office where services were/ will be provided	Mail Completed Application To:
Ascension St. John Hospital	22101 Moross Road Detroit, Michigan 48236
Ascension Macomb - Oakland Hospital, Warren Campus	11800 Twelve Mile Rd, Warren, MI 48093
Ascension Macomb - Oakland Hospital, Madison Heights Campus	27351 Dequindre Rd, Madison Heights, MI 48071
Ascension Providence Hospital	16001 W Nine Mile Rd, Southfield, MI 48075
Ascension Providence Park Hospital	47601 Grand River Ave, Novi, MI 48374
Ascension River District Hospital	4100 River Rd, East China, MI 48054
Ascension Medical Group - Physician Services	PO Box 80278, Indianapolis, IN 46240

Chúng tôi luôn sẵn sàng giúp đỡ và muốn đảm bảo rằng những bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nhận hỗ trợ tài chính sẽ nhận được hỗ trợ. Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào về đơn đăng ký này, chứng từ hỗ trợ được yêu cầu hoặc cách tốt nhất để gửi đơn đăng ký cho chúng tôi, vui lòng gọi cho một trong những Đại Diện Bệnh Nhân của chúng tôi theo số

Facility/Office where service were/will be provided	Phone #
Ascension Macomb-Oakland Hospitals	888-329-0421
Ascension St. John Hospital, Detroit	877-809-6191
Ascension Providence Hospital	800-878-2455
Ascension Providence Park Hospital	800-878-2455
Ascension River District Hospital	810-329-5318

Trân trọng,

Dịch Vụ Tài Chính Bệnh Nhân Ascension



**Ascension**

# Mẫu Đơn Đăng Ký Hồ Trợ Tài Chính

## Thông tin bệnh nhân

*(Vui lòng viết hoa và điền vào tất cả các trường thông tin. Ghi N/A vào bất kỳ dòng riêng nào trong đơn nếu không áp dụng)*

Ngày \_\_\_\_\_ Số tài khoản \_\_\_\_\_  
Tên (tên và họ) \_\_\_\_\_  
Ngày sinh \_\_\_\_\_ Tình trạng hôn nhân \_\_\_\_\_ Số điện thoại \_\_\_\_\_  
Địa chỉ hộp thư \_\_\_\_\_ Thành phố \_\_\_\_\_ Tiểu bang ZIP \_\_\_\_\_  
Số an sinh xã hội (không bắt buộc) \_\_\_\_\_  
Chủ lao động \_\_\_\_\_ Tình trạng việc làm \_\_\_\_\_  
Số giờ làm việc mỗi tuần \_\_\_\_\_ Số điện thoại của chủ lao động \_\_\_\_\_

## Thông tin bên chịu trách nhiệm/thông tin người giám hộ hợp pháp

*(Nếu bệnh nhân ở trên cũng là bên chịu trách nhiệm, hãy để trống phần này.)*

Tên (tên và họ) \_\_\_\_\_  
Ngày sinh \_\_\_\_\_ Tình trạng hôn nhân \_\_\_\_\_ Số điện thoại \_\_\_\_\_  
Địa chỉ hộp thư \_\_\_\_\_ Thành phố \_\_\_\_\_ Tiểu bang ZIP \_\_\_\_\_  
Số an sinh xã hội (không bắt buộc) \_\_\_\_\_  
Chủ lao động \_\_\_\_\_ Tình trạng việc làm \_\_\_\_\_  
Số giờ làm việc mỗi tuần \_\_\_\_\_ Số điện thoại của chủ lao động \_\_\_\_\_

## Thông tin vợ/chồng bên chịu trách nhiệm

*(Nếu bệnh nhân cũng là bên chịu trách nhiệm, hãy điền thông tin vợ/chồng của bệnh nhân.)*

Tên (tên và họ) \_\_\_\_\_  
Ngày sinh \_\_\_\_\_ Tình trạng hôn nhân \_\_\_\_\_ Số điện thoại \_\_\_\_\_  
Địa chỉ hộp thư \_\_\_\_\_ Thành phố \_\_\_\_\_ Tiểu bang ZIP \_\_\_\_\_  
Số an sinh xã hội (không bắt buộc) \_\_\_\_\_  
Chủ lao động \_\_\_\_\_ Tình trạng việc làm \_\_\_\_\_  
Số giờ làm việc mỗi tuần \_\_\_\_\_ Số điện thoại của chủ lao động \_\_\_\_\_

## Người phụ thuộc của bên chịu trách nhiệm

*(Nếu bệnh nhân cũng là bên chịu trách nhiệm, hãy điền thông tin vợ/chồng của bệnh nhân.)*

Tên _____	Ngày sinh _____	Mối quan hệ với bên chịu trách nhiệm _____
Tên _____	Ngày sinh _____	Mối quan hệ với bên chịu trách nhiệm _____
Tên _____	Ngày sinh _____	Mối quan hệ với bên chịu trách nhiệm _____
Tên _____	Ngày sinh _____	Mối quan hệ với bên chịu trách nhiệm _____

Số người lớn và trẻ em sống trong gia đình \_\_\_\_\_

## Thu nhập hàng tháng

(Điền số tiền đô la cho mỗi mục được liệt kê dưới đây. Cung cấp số tiền mỗi tháng cho từng mục.)

Thu nhập lương của người nộp đơn \_\_\_\_\_  
Thu nhập của vợ/chồng người nộp đơn \_\_\_\_\_  
Tiền an sinh xã hội \_\_\_\_\_  
Thu nhập từ trợ cấp/lương hưu \_\_\_\_\_  
Thu nhập từ trợ cấp khuyết tật \_\_\_\_\_  
Bồi thường thất nghiệp \_\_\_\_\_  
Bồi thường của người lao động \_\_\_\_\_  
Thu nhập lãi/cổ tức \_\_\_\_\_

Hỗ trợ trẻ em nhận được \_\_\_\_\_  
Cấp dưỡng nhận được \_\_\_\_\_  
Thu nhập bất động sản cho thuê \_\_\_\_\_  
Tem phiếu thực phẩm \_\_\_\_\_  
Phân phối quỹ ủy thác nhận được \_\_\_\_\_  
Thu nhập khác \_\_\_\_\_  
Thu nhập khác \_\_\_\_\_  
**Tổng thu nhập hàng tháng \$** \_\_\_\_\_

## Chi phí sinh hoạt hàng tháng

Vay thế chấp/thuê \_\_\_\_\_  
Tiện ích \_\_\_\_\_  
Điện thoại (điện thoại cố định) \_\_\_\_\_  
Điện thoại di động \_\_\_\_\_  
Hàng tạp hóa/thực phẩm \_\_\_\_\_  
Truyền hình cáp/internet/vệ tinh \_\_\_\_\_  
Chi phí xe hơi \_\_\_\_\_  
Giữ trẻ \_\_\_\_\_

Hỗ trợ trẻ em/tiền cấp dưỡng \_\_\_\_\_  
Thẻ tín dụng \_\_\_\_\_  
Hóa đơn bác sĩ/bệnh viện \_\_\_\_\_  
Bảo hiểm xe hơi/ô tô \_\_\_\_\_  
Bảo hiểm nhà/tài sản \_\_\_\_\_  
Bảo hiểm y tế/sức khỏe \_\_\_\_\_  
Bảo hiểm nhân thọ \_\_\_\_\_  
Chi phí hàng tháng khác \_\_\_\_\_  
**Tổng chi phí hàng tháng \$** \_\_\_\_\_

## Tài sản

Tiền mặt/tiết kiệm/tài khoản séc \_\_\_\_\_  
Cổ phiếu/trái phiếu/đầu tư/chứng chỉ tiền gửi \_\_\_\_\_  
Bất động sản/nhà ở thứ hai khác \_\_\_\_\_  
Thuyền/RV/xe máy/xe giải trí \_\_\_\_\_  
Ô tô sưu tầm/ô tô không thiết yếu \_\_\_\_\_  
Tài sản khác \_\_\_\_\_

Bằng văn bản này, tôi xác nhận rằng các thông tin trên là chính xác và đầy đủ theo hiểu biết tốt nhất của tôi. Bằng văn bản này, tôi ủy quyền cho bệnh viện thu nhận thông tin từ các cơ quan báo cáo tín dụng bên ngoài nếu bệnh viện thấy cần thiết.

Chữ ký của Người nộp đơn \_\_\_\_\_

Ngày \_\_\_\_\_

**Nhận xét** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**Ascension**

# Thư hỗ trợ

Số hồ sơ y tế của bệnh nhân/số tài khoản \_\_\_\_\_

Tên người hỗ trợ \_\_\_\_\_

Mối quan hệ với bệnh nhân/người nộp đơn \_\_\_\_\_

Địa chỉ của người hỗ trợ \_\_\_\_\_

Gửi đến Ascension:

Thư này là để thông báo rằng (tên bệnh nhân) \_\_\_\_\_ nhận được rất ít hoặc không có thu nhập và tôi đang hỗ trợ chi phí sinh hoạt của anh ấy/cô ấy. Anh ấy/cô ấy có ít hoặc không có nghĩa vụ với tôi.

Bằng cách ký vào bản tuyên bố này, tôi đồng ý rằng các thông tin được cung cấp là đúng theo hiểu biết tốt nhất của tôi.

Chữ ký của người hỗ trợ \_\_\_\_\_

Ngày \_\_\_\_\_