



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

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，請讓他們填寫隨附的標記為「Letter of Support (支援信)」的表格。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：

Facility/Office where service was provided:	Mail Completed Applications to:
Ascension St. Mary's Hospital	3274 Solutions Center, Chicago, IL 60677-3002
Ascension Standish Hospital	3274 Solutions Center, Chicago, IL 60677-3002
Ascension St. Joseph Hospital	3274 Solutions Center, Chicago, IL 60677-3002
Ascension Genesys Hospital	3273 Solutions Center, Chicago, IL 60677-3002
Ascension Medical Group Providers- Genesys	PO Box 80278, Indianapolis, IN 46240
Ascension Medical Group- Genesys-Integrated Providers	PO Box 80278, Indianapolis, IN 46240
Ascension Medical Group Providers- St. Mary's, Standish and St. Joseph	PO Box 80278, Indianapolis, IN 46240

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 [xxx-xxx-xxxx] 與我們的一位患者代表聯絡。

Facility where service was provided:	Phone #
Ascension St. Mary's Hospital	888-978-6279
Ascension Standish Hospital	888-978-6279
Ascension St. Joseph Hospital	989-362-0118
Ascension Genesys Hospital	888-544-7737

此致,

Ascension 患者財務服務部

經濟援助申請表



Ascension

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 _____



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:

此信函告知您（患者姓名）_____ 收入很少甚至沒有，我正協助他/她的生活費用。他/她對我有很少或沒有義務。

透過簽署本聲明，我同意，所提供的資訊為據我所知的真實資訊。

支援者簽名 _____

日期 _____