

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. Nếu quý vị đã hoàn thành 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. Quý vị có thể không cần phải điền đơn đăng ký mới. Chúng tôi sẽ không xem xét đơn đăng ký đã cũ quá sáu tháng.

Cùng với đơn đăng ký, vui lòng cung cấp ít nhất một trong các giấy tờ sau đây làm bằng chứng thu nhập của quý vị. Nếu quý vị đã kết hôn hoặc sống với một người quan trọng khác trong 6 tháng hoặc lâu hơn, họ cũng sẽ cần cung cấp một bản sao của ít nhất một trong các giấy tờ sau đây để làm bằng chứng thu nhập của họ trước khi đơn đăng ký có thể được xử lý.

- 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
- Tài liệu xác minh thu nhập khác
- Bản sao của sao kê ngân hàng từ 3 tháng trước
- Bản sao giấy nhận trợ cấp thất nghiệp

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 “Letter of Support” (Thư Hỗ trợ). Việc này sẽ không khiến họ phải chịu trách nhiệm về các hóa đơn y tế của quý vị. Điều này sẽ giúp cho biết làm thế nào mà 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, vui lòng cung cấp tài liệu làm bằng chứng về chi phí y tế và dược phẩm/thuốc hàng tháng chưa chi trả của quý vị.



Xin lưu ý rằng chúng tôi phải nhận được đơn đăng ký đã điền đầy đủ cùng với bằng chứng thu nhập để đơn đăng ký được xem xét. Chúng tôi không thể xử lý hoặc xem xét các đơn đăng ký chưa điền đầy đủ.

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 đến địa chỉ sau:

**300 Great Circle Road  
Nashville, TN 37228**

Nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi nào về đơn đăng ký này, vui lòng liên hệ với Kami Morgan theo số 629-216-2163.

Trân trọng,

Patient Financial Services Ascension  
(Dịch vụ Tài chính Bệnh nhân  
Ascension)



# Ascension Saint Thomas

## Mẫu đơn đăng ký hỗ 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 (họ và tên) \_\_\_\_\_

Ngày sinh \_\_\_\_\_ Tình trạng hôn nhân \_\_\_\_\_ Số điện thoại \_\_\_\_\_

Địa chỉ gửi thư \_\_\_\_\_ Thành phố \_\_\_\_\_ Tiểu bang \_\_\_\_\_ ZIP \_\_\_\_\_

Số an sinh xã hội (không bắt buộc) \_\_\_\_\_

Nhà tuyển dụng \_\_\_\_\_ Tình trạng việc làm \_\_\_\_\_

Số giờ làm việc mỗi tuần \_\_\_\_\_ Số điện thoại của nhà tuyển dụng \_\_\_\_\_

### 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 (họ và tên) \_\_\_\_\_

Ngày sinh \_\_\_\_\_ Tình trạng hôn nhân \_\_\_\_\_ Số điện thoại \_\_\_\_\_

Địa chỉ gửi thư \_\_\_\_\_ Thành phố \_\_\_\_\_ Tiểu bang \_\_\_\_\_ ZIP \_\_\_\_\_

Số an sinh xã hội (không bắt buộc) \_\_\_\_\_

Nhà tuyển dụng \_\_\_\_\_ Tình trạng việc làm \_\_\_\_\_

Số giờ làm việc mỗi tuần \_\_\_\_\_ Số điện thoại của nhà tuyển dụng \_\_\_\_\_

### 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 (họ và tên) \_\_\_\_\_

Ngày sinh \_\_\_\_\_ Tình trạng hôn nhân \_\_\_\_\_ Số điện thoại \_\_\_\_\_

Địa chỉ gửi thư \_\_\_\_\_ Thành phố \_\_\_\_\_ Tiểu bang \_\_\_\_\_ ZIP \_\_\_\_\_

Số an sinh xã hội (không bắt buộc) \_\_\_\_\_

Nhà tuyển dụng \_\_\_\_\_ Tình trạng việc làm \_\_\_\_\_

Số giờ làm việc mỗi tuần \_\_\_\_\_ Số điện thoại của nhà tuyển dụng \_\_\_\_\_

### 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 \_\_\_\_\_



# Ascension Saint Thomas

## 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 do người nộp đơn kiếm được _____ Thu	Tiền hỗ trợ nuôi con đã nhận _____ Tiền
nhập từ vợ/chồng của người nộp đơn _____ Trợ cấp	cấp dưỡng đã nhận _____ Thu
an sinh xã hội _____ Thu	nhập tài sản cho thuê _____ Phiếu
nhập hưu bổng/lương hưu _____ Thu	thực phẩm _____ Phân
nhập từ người khuyết tật _____ Tiền	phối quỹ ủy thác đã nhận _____ Thu
bồi thường thất nghiệp _____ Người	nhập khác _____ Thu
lao động bồi thường _____ Thu	nhập khác _____ <b>Tổng</b>
nhập từ lãi suất/cổ tức _____	<b>thu nhập hàng tháng \$</b> _____

## Chi phí sinh hoạt hàng tháng

Tiền thế chấp/thuê nhà _____ Tiện ích	Cấp dưỡng/cấp dưỡng cho con cái _____ Thẻ
_____ Điện	tín dụng _____ Bác
thoại (điện thoại cố định) _____ Điện	sĩ/hóa đơn viện phí _____ Bảo
thoại di động _____ Cửa	hiểm ô tô _____ Bảo
hàng tạp hoá/thực phẩm _____ Truyền	hiểm nhà/tài sản _____ Bảo
hình cáp/internet/vệ tinh _____ Thanh	hiểm y tế/sức khỏe _____ Bảo
toán cho xe hơi _____ Trông	hiểm nhân thọ _____ Chi
giữ trẻ _____	phí hàng tháng khác _____ <b>Tổng</b>
	<b>chi phí hàng tháng \$</b> _____

## Tài sản

Tiền mặt/tài khoản tiết kiệm/séc \_\_\_\_\_  
 Cổ phiếu/trái phiếu/các khoản đầu tư/(các) chứng chỉ tiền gửi (CD) \_\_\_\_\_  
 Bất động sản/nhà ở thứ cấp khác \_\_\_\_\_  
 Thuyền/RV/xe máy/phương tiện giải trí \_\_\_\_\_  
 Ô tô sưu tầm/ô tô không thiết yếu \_\_\_\_\_  
 Các 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** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## 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 \_\_\_\_\_

Kính gửi Ascension:

Thư này là để thông báo rằng (tên bệnh nhân) \_\_\_\_\_ có thu nhập thấp hoặc không có thu nhập và tôi đang hỗ trợ chi phí sinh hoạt của họ. 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 \_\_\_\_\_