



환자/신청자님께,

Ascension은 온정을 기반으로 운영되고 있으며 특히 개인 맞춤 치료가 필요한 사람들을 포함하여 모든 사람들에게 헌신하고 있습니다. 환자들에게 재정적인 도움을 주는 것이 우리의 사명이고 특권입니다. 재정 지원은 응급 치료 및 기타 의학적으로 필요한 치료에만 제공될 수 있습니다. 귀하와 귀하의 가정을 위한 모든 의료적 필요를 위해 저희를 신뢰해주셔서 감사합니다.

귀하의 요청으로 이 편지와 첨부된 재정 지원 신청서를 보내드립니다. 이것을 요청하지 않았다면 무시해 주십시오. 반환하기 전에 귀하의 서명 및 날짜를 포함하여 양쪽 모두 작성해 주십시오. 만약 귀하가 지난 6개월 이내에 신청을 완료하여 재정 지원을 승인받으셨다면, 저희에게 알려주십시오. 새로운 신청서를 작성할 필요가 없을 수 있습니다. 저희는 6개월 이상 된 사전 신청은 고려하지 않습니다.

신청서와 함께 다음 항목 중 하나 이상의 사본을 소득 증빙으로 제공하십시오. 만약 귀하가 6개월 이상 결혼했거나 다른 사람과 동거했다면, 신청서가 처리되기 전에 소득증빙으로 다음 항목들 중 적어도 한 개의 사본을 제공할 필요가 있을 것입니다.

- 고용주가 최근에 지급한 3개월 동안의 급여 명세서 사본
- 최근 연간 소득 신고서 사본(자영업자일 경우 모든 스케줄 포함)
- 사회보장 및/또는 퇴직연금 지급 판정 공문
- 신청자가 세금 양식에 기재된 부양가족이고 25세 미만인 경우 부모 또는 후견인의 최근 연간 소득 신고
- 기타 소득확인서
- 지난 3개월 동안의 은행 명세서 사본
- 실업급여 수령 사본

만약 귀하가 가족이나 친구의 집에서 도움을 받거나 같이 살고 있다면, 그들에게 "탄원서" 이라고 적힌 첨부 양식을 작성하도록 하십시오. 이 공문



작성을 통해 해당인들은 귀하의 의료비에 대한 책임을 지지 않게 될 것입니다. 이것은 귀하가 어떻게 생계 비용을 감당할 수 있는지 보여주는 데 도움이 될 것입니다. 가족과 친구로부터 아무런 도움도 받고 있지 않다면, 탄원서를 작성할 필요가 없습니다.

마지막으로, 귀하의 월별 미지급 의료 및 약국/약물 비용을 증명할 수 있는 문서도 제공하십시오.

신청이 고려되려면 작성이 완료된 신청서와 소득 증명서를 함께 접수해야 한다는 것을 알아두십시오. 작성이 완료되지 않은 신청서는 처리되지 않거나 또는 고려대상이 아닙니다.

인터넷상의 이메일을 통한 통신은 안전하지 않다는 것을 명심하십시오. 그럴 가능성은 낮지만, 이메일에 포함하는 정보는 그것을 취급하는 사람 이외의 다른 사람이 가로채서 읽을 수 있습니다.

저희는 귀하의 개인정보를 보호하고 안전하게 보호하기 위해 노력합니다. 신청서에는 주민등록번호와 기타 개인정보가 포함되어 있으므로 이메일 발송을 삼가할 것을 당부합니다.

신청서를 해당 위치로 우편 또는 팩스로 보내주십시오. 의료 제공자 전화번호 또는 신청서를 제출해야 하는 팩스/우편 주소는 신청서의 다음 페이지를 참고해 주십시오.

감사합니다,

Ascension 환자 재정 서비스



의료 제공자	전화번호	주소	팩스 번호	이메일 주소
Ascension Saint Thomas West	(615) 222-6638	STHe 재정 지원팀. PO Box 380 Nashville, TN 37202	(629) 204-6542	
Ascension Saint Thomas Midtown	(615) 284-5340	STHe 재정 지원팀. PO Box 380 Nashville, TN 37202	(629) 204-6540	
Ascension Saint Thomas Rutherford	(615) 222-6638	STHe 재정 지원팀. PO Box 380 Nashville, TN 37202	(629) 204-6541	
AMG 재정 지원팀	(844) 686-2555	STHe 재정 지원팀. PO Box 80278, Indianapolis, IN 46240	(317) 981-6312	FinancialCounselors@ascension.org
Ascension Saint Thomas Highlands	(877) 348-7082	STHe 재정 지원팀. 401 Sewell Dr, Sparta, TN 38583	(931) 738-2669	
Ascension Saint Thomas Dekalb	(877) 348-7082	STHe 재정 지원팀. 401 Sewell Dr, Sparta, TN 38583	(931) 738-2669	
Ascension Saint Thomas River Park	(877) 348-7082	STHe 재정 지원팀. 401 Sewell Dr, Sparta, TN 38583	(931) 738-2669	
Ascension Saint Thomas Three Rivers	(931) 296-0251	STHe 재정 지원팀 451 Hwy 13 S, Waverly, TN 37185	(931) 296-4561	
Ascension Saint Thomas Stones River	(877) 348-7082	STHe 재정 지원팀. 401 Sewell Dr, Sparta, TN 38583	(931) 738-2669	
Ascension Saint Thomas Hickman	(931) 729-6800	STHe 재정 지원팀. 135 E. Swan Street Centerville, TN 37033		
Ascension Saint Thomas Lab Plus	(615) 284-2773	Lab Plus LLC 수신: 청구서 담당 부서 2000 Church Street Nashville, TN 37236	(615) 284-2771	
Ascension Saint Thomas Center for Specialty Surgery	(615) 341-7500	STHe 재정 지원팀. 2011 Murphy Ave Suite 400 Nashville, TN 37203	(615) 341-7513	STHSSFinAssist@uspi.com
Saint Thomas EMS	(877) 664-4076	STHe 재정 지원팀. PO Box 681787 Franklin, TN 37064	(615) 236-4040	
Baptist Ambulatory Surgical Center	(615) 321-7330	STHe 재정 지원팀. 312 21st Ave. North Nashville, TN 37203	(615) 320-5319	
Ascension Saint Thomas Center for Sleep	(615) 222-6638	STHe 재정 지원팀. PO Box 380 Nashville, TN 37202	(615) 222-7700	



Ascension Saint Thomas

재정 지원 신청서

환자 정보

(인쇄하여 모든 필드를 작성해 주십시오. 신청서의 어떤 개별 라인에도 해당되지 않는 경우 N/A로 기재하십시오)

날짜 _____ 계좌번호 _____

이름(성명) _____

생년월일 _____ Mar 혼인 여부 _____ 전화번호 _____

우편 주소 _____ 시 _____ 주 _____ 우편 번호 _____

주민등록번호(선택 사항) _____

고용주 _____ 고용 상태 _____

주당 근무 시간 _____ 고용주 전화번호 _____

책임당사자 정보/법적 보호자 정보

(위의 환자가 책임당사자와 동일할 경우 이 섹션을 비워 두십시오.)

이름(성명) _____

생년월일 _____ 혼인 여부 _____ 전화번호 _____

우편 주소 _____ 시 _____ 주 _____ 우편 번호 _____

주민등록번호(선택 사항) _____

고용주 _____ 고용 상태 _____

주당 근무 시간 _____ 고용주 전화번호 _____

책임당사자 배우자 정보

(환자가 책임당사자와 동일할 경우 환자의 배우자 정보를 기입하십시오.)

이름(성명) _____

생년월일 _____ 혼인 여부 _____ 전화번호 _____

우편 주소 _____ 시 _____ 주 _____ 우편 번호 _____

주민등록번호(선택 사항) _____

고용주 _____ 고용 상태 _____

주당 근무 시간 _____ 고용주 전화번호 _____

책임당사자의 부양가족



(환자가 책임당사자와 동일할 경우 환자의 배우자 정보를 기입하십시오.)

이름 _____ 생년월일 _____ 책임 당사자와의 관계 _____

이름 _____ 생년월일 _____ 책임 당사자와의 관계 _____

이름 _____ 생년월일 _____ 책임 당사자와의 관계 _____

이름 _____ 생년월일 _____ 책임 당사자와의 관계 _____

가정에서 생활하는 성인 및 어린이의 수 _____

월수입

(아래 나열된 각 항목에 대해 달러 금액을 입력하십시오. 각 항목에 대해 월별 금액을 제공하십시오.)

신청자 소득_____	자녀 양육비_____
신청인 배우자 소득_____	이혼 수당비_____
사회 보장 혜택_____	임대 부동산 수입_____
연금/퇴직 소득_____	식료품 할인 구매권_____
장애 소득_____	신택 자금 분배 입금_____
실업 보상_____	기타 소득_____
근로자 보상_____	기타 소득_____
이자/배당 소득_____	총 월 소득 \$ _____

월 생활비

담보/임대_____	자녀 양육비/이혼 수당_____
공과금_____	신용 카드_____
전화(일반 전화)_____	의사/병원비_____
휴대폰_____	자동차/자동차보험_____
식료품/음식_____	주택/재산 보험_____
케이블/인터넷/위성 TV_____	의료/건강보험_____
차 할부금_____	생명 보험_____
보육_____	기타 월 비용_____
	총 월소득 \$ _____

자산

현금/저축/당좌 예금 계좌_____

주식/채권/투자/예금 증서_____

기타부동산/2차 거주지_____

보트/RV/모터사이클/레저 차량_____

컬렉터 자동차/비필수 자동차_____

기타 자산_____

본인은 상기 내용이 본인이 알고 있는 한도에서 사실이며 틀림없음을 확인합니다. 본인은 병원이 필요하다고 판단할 경우, 외부 신용 보고 기관으로부터 정보를 입수할 수 있도록 승인합니다.



신청인의 서명 _____

날짜 _____

비고 _____

지원서

환자 의료기록 번호/계정 번호 _____

후원자 이름 _____

환자/신청인과의 관계 _____

후원자 주소 _____

Ascension 참고:

본 지원서는 (환자의 이름)이/가 수입이 적거나 아예 없으며 본인이 생활비를 지원하고 있음을 알려주기 위한 것입니다. 그/그녀는 나에게 아무런 의무도 없습니다.

이 진술서에 서명함으로써, 본인은 주어진 정보가 본인이 아는 최대의 사실이라는 것에 동의합니다.

후원자 서명 _____

날짜 _____