



尊敬的患者/申请人：

Ascension 以慈悲为怀，致力于为所有人（特别是最需要帮助的人）提供个性化的护理。为患者提供经济援助是我们的使命和特权。经济援助仅适用于急救及其他医学必要护理。感谢您信任我们，托付我们护理您和您的家人，满足您所有的医疗保健需求。

我们发送本函并附上经济援助申请表是因为收到了您的请求。如果您没有提出过此请求，请忽略。请将两面都填写完整，包括您的签名和日期，然后再寄回给我们。如果您在过去六个月内已经完成申请并且获得了经济援助批准，请通知我们。您可能无需再填写新的申请。我们不会考虑六个月以前的申请。

请随申请提供至少一份下列项目的副本，作为收入证明。如果您已婚或者与重要他人在一起住了 6 个月或以上，则还需要至少提供一份下列项目的副本作为他们的收入证明，然后才会受理您的申请。

- 雇主最近 3 次工资存根的副本
- 最近年度纳税申报表的副本（如果是自雇人士，则包括所有纳税时间表）
- 社会保障和/或养老金/退休金授予书
- 家长或监护人最近的年度纳税申报表（如果申请人是其纳税申报表上所列的家属并且未满 25 岁）
- 其他收入验证文件
- 最近 3 个月的银行对账单副本
- 失业救济金收据副本

如果您获得家人或朋友的援助，或与家人或朋友同住家中，请让他们填写随附的标记为“支持信”的表格。此表格不会让他们对您的医疗账单负责。只是帮助您证明您负担生活开支的能力。如果您没有获得家人和朋友的援助，则无需填写“支持信”表格。

最后，另请提供您未清偿的每月医疗和药房/药品费用的证明文件

请知晓，我们必须收到填写完整的申请书和收入证明，才会考虑您的申请。我们无法处理也不会考虑未填写完整的申请。



请记住，通过网络电子邮件进行的通信不一定安全。您包含在电子邮件中的信息可能被预定收件人以外的第三方拦截和读取，虽然这种可能性不大，但还是存在。

我们希望保护您的个人信息，确保其安全。由于申请中包含您的社会保障号码及其他私人信息，因此提醒您不要用电子邮件发送。

请将您的申请通过邮寄或传真发送到适当的地点。如需了解您提供者的电话号码或应提交申请的传真/邮寄地址，请参考该申请的下一页。

此致，

Ascension 患者财务服务部



提供者名称	电话号码	地址	传真号码	电子邮件地址
Ascension Saint Thomas West	(615) 222-6638	STHe Financial Asst. PO Box 380 Nashville, TN 37202	(629) 204-6542	
Ascension Saint Thomas Midtown	(615) 284-5340	STHe Financial Asst. PO Box 380 Nashville, TN 37202	(629) 204-6540	
Ascension Saint Thomas Rutherford	(615) 222-6638	STHe Financial Asst. PO Box 380 Nashville, TN 37202	(629) 204-6541	
AMG Financial Assistance	(844) 686-2555	STHe Financial Asst. PO Box 80278, Indianapolis, IN 46240	(317) 981-6312	FinancialCounselors@ascension.org
Ascension Saint Thomas Highlands	(877) 348-7082	STHe Financial Asst. 401 Sewell Dr, Sparta, TN 38583	(931) 738-2669	
Ascension Saint Thomas Dekalb	(877) 348-7082	STHe Financial Asst. 401 Sewell Dr, Sparta, TN 38583	(931) 738-2669	
Ascension Saint Thomas River Park	(877) 348-7082	STHe Financial Asst. 401 Sewell Dr, Sparta, TN 38583	(931) 738-2669	
Ascension Saint Thomas Three Rivers	(931) 296-0251	STHe Financial Asst 451 Hwy 13 S, Waverly, TN 37185	(931) 296-4561	
Ascension Saint Thomas Stones River	(877) 348-7082	STHe Financial Asst. 401 Sewell Dr, Sparta, TN 38583	(931) 738-2669	
Ascension Saint Thomas Hickman	(931) 729-6800	STHe Financial Asst. 135 E. Swan Street Centerville, TN 37033		
Ascension Saint Thomas Lab Plus	(615) 284-2773	Lab Plus LLC 收件人 : Billing Dept 2000 Church Street Nashville, TN 37236	(615) 284-2771	
Ascension Saint Thomas Center for Specialty Surgery	(615) 341-7500	STHe Financial Asst. 2011 Murphy Ave Suite 400 Nashville, TN 37203	(615) 341-7513	STHSSFinAssist@uspi.com
Saint Thomas EMS	(877) 664-4076	STHe Financial Asst. PO Box 681787 Franklin, TN 37064	(615) 236-4040	
浸礼会门诊手术中心 (Baptist Ambulatory Surgery Center)	(615) 321-7330	STHe Financial Asst. 312 21 st Ave. North Nashville, TN 37203	(615) 320-5319	
Ascension Saint Thomas Center for Sleep	(615) 222-6638	STHe Financial Asst. PO Box 380 Nashville, TN 37202	(615) 222-7700	



Ascension Saint Thomas 经济援助 申请表

患者信息

(请正楷书写, 所有字段必填。如果申请表中的某行不适合您, 请注明不适用(N/A))

日期 _____ 账号 _____

姓名 (名字和姓氏) _____

出生日期 _____ 婚姻状况 _____ 电话号码 _____

邮寄地址 _____ 城市 _____ 州 _____ 邮政编码 _____

社会保障号码 (可选) _____

雇主 _____ 就业状况 _____

每周工作时数 _____ 雇主电话号码 _____

责任方信息/法定监护人信息

(如果上述患者与责任方是同一人, 则将此部分留空。)

姓名 (名字和姓氏) _____

出生日期 _____ 婚姻状况 _____ 电话号码 _____

邮寄地址 _____ 城市 _____ 州 _____ 邮政编码 _____

社会保障号码 (可选) _____

雇主 _____ 就业状况 _____

每周工作时数 _____ 雇主电话号码 _____

责任方配偶信息

(如果患者与责任方是同一人, 请填写患者配偶的信息。)

姓名 (名字和姓氏) _____

出生日期 _____ 婚姻状况 _____ 电话号码 _____

邮寄地址 _____ 城市 _____ 州 _____ 邮政编码 _____

社会保障号码 (可选) _____

雇主 _____ 就业状况 _____

每周工作时数 _____ 雇主电话号码 _____

责任方的家属



(如果患者与责任方是同一人, 请填写

患者配偶的信息。)

姓名 _____ 出生日期 _____ 与责任方的关系 _____

姓名 _____ 出生日期 _____ 与责任方的关系 _____

姓名 _____ 出生日期 _____ 与责任方的关系 _____

姓名 _____ 出生日期 _____ 与责任方的关系 _____

住在家里的成人和儿童人数 _____

每月收入

(为下面列出的每一项填写美元。提供每个人每月的金额。)

申请人劳动收入_____	申请人	获得的儿童抚养费_____	获得的
配偶的收入_____	社会保	赡养老人_____	物业出
障福利_____	养老金/	租收入_____	食品救
退休金收入_____	残疾保	济券_____	获得的
障收入_____	失业救	信托基金分红_____	其他收
济金_____	工伤赔	入_____	其他收
偿金_____	利息/股	入_____	每月总
息收入_____		收入 (美元) _____	

每月生活开支

按揭贷款/房租_____	公用事	子女抚养/赡养费_____	信用卡
业费用_____	电话 (_____	医生/
固话) _____	手机_	医院账单_____	汽车保
日杂/食品_____	有线电	险_____	房屋/
视/网络/卫星电视_____	汽车贷	财产保险_____	医疗/
款_____	子女看	健康保险_____	人寿保
护_____		险_____	其他每
		月开支_____	每月总
		开支 (美元) _____	

资产

现金/储蓄/支票账户 _____

股票/债券/投资/定期存单 _____

其他房产/第二住宅 _____

船/房车/摩托车/休闲车 _____

收藏汽车/非必需汽车 _____

其他资产 _____

本人特此证明，上述信息据我所知真实完整。我特此授权，如果医院认为有必要，可从外部信用报告机构获取信息。

申请人签名 _____

日期 _____

备注

支持信

患者病历号/账号 _____

支持者姓名 _____

与患者/申请人的关系 _____

支持者地址 _____

致 Ascension :

本函旨在告知（患者姓名） _____ 几乎没有收入，
是我在帮助他/她维持生活开支。他/她对我几乎没有义务。

在此声明上签名即表示我同意提供的信息就我所知真实无误。

支持者签名 _____

日期 _____