



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 chứng 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 gửi đơn đăng ký qua đường bưu điện hoặc fax đến địa điểm thích hợp. Để có số điện thoại của nhà cung cấp hoặc địa chỉ nộp hồ sơ qua fax/bưu điện, vui lòng tham khảo trang kế tiếp của đơn đăng ký.

Trân trọng,

Dịch Vụ Tài Chính Bệnh Nhân Ascension



Ascension Saint Thomas

Tên Nhà Cung cấp	Số Điện thoại	Địa chỉ	Số Fax	Địa chỉ Email
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	
Hỗ Trợ Tài Chính AMG	(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 Gửi cho: Billing Dept 2000 Church Street Nashville, TN 37236	(615) 284-2771	
Ascension Saint Thomas Center for Specialty Surgery (Trung tâm Phẫu thuật Chuyên khoa Ascension Saint Thomas)	(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	
Baptist Ambulatory Surgical Center	(615) 321-7330	STHe Financial Asst. 312 21st Ave. North Nashville, TN 37203	(615) 320-5319	
Ascension Saint Thomas Center for Sleep (Trung tâm về Giấc ngủ Ascension Saint Thomas)	(615) 222-6638	STHe Financial Asst. PO Box 380 Nashville, TN 37202	(615) 222-7700	

Mẫu Đơn Đăng Ký Hỗ Trợ Tài Chính của Ascension Saint Thomas

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 (tùy chọn) _____
Chức vụ _____ 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 (tùy chọn) _____
Chức vụ _____ 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 (tùy chọn) _____
Chức vụ _____ 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 _____



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 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 _____

Trợ cấp thất nghiệp _____

Bồi thường lao động _____

Thu nhập lãi/cổ tức _____

Thu nhập lãi/cổ tức _____

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 _____

Chăm sóc trẻ em _____

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 _____

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 _____

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) 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 _____