



# Ascension

[日期]

尊敬的患者/申請人，

Ascension 係出於同情心，致力於為所有人（尤其是最需要協助的人）提供個人化護理。為患者提供經濟援助是我們的使命及特權。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，因此我們傳送這封信及隨附經濟援助申請書。如果您沒有要求，請忽略。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。我們不會考慮超過六個月以前的申請。

隨附申請，請至少提供一份以下一項以作為您的收入證明。如果您已婚或與其他重要伴侶生活了 6 個月或更長時間，則在處理申請之前，他們還需要提供以下至少一項的副本作為其收入的證明。

- 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）
- 其他收入確認文件
- 最近 3 個月的銀行對帳單副本
- 失業救濟金收據副本

最後，還請提供文件，以證明您尚未支付的每月醫藥費及藥房/藥品費用。

請注意，必須收到完整的申請以及收入證明，才能考慮該申請。 我們無法處理或考慮不完整的申請。

請記住，經由電子郵件在網際網路進行的通信並不安全。 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。

請列印並郵寄或親自將完整的申請表傳送到以下地址：

**For Hospital Accounts:**  
**Ascension Saint Thomas**  
**P.O. Box 100983**  
**Atlanta GA 30384**

**For Medical Group Accounts:**  
**Ascension Medical Group**  
**PO Box 80278**  
**Indianapolis IN 46240**

或

者，您可以將申請傳真到我們的安全傳真號碼 931-738-2669。

如果您對此申請有任何疑問，請致電(615)222-6638 與我們的一位患者代表聯絡。

此致，

病人

Ascension 財務服  
務部

# Ascension Saint Thomas 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) \_\_\_\_\_

生日 \_\_\_\_\_ 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) \_\_\_\_\_

生日 \_\_\_\_\_ 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) \_\_\_\_\_

生日 \_\_\_\_\_ 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 _____	生日 _____	與責任方的關係 _____
姓名 _____	生日 _____	與責任方的關係 _____
姓名 _____	生日 _____	與責任方的關係 _____
姓名 _____	生日 _____	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。我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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_