



Ascension

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。请完成两面，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。您可能无需完成新的申请。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，则还需要提供至少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
- 最近年度纳税申报单的副本（如果是自雇，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单（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

如果您获得来自家人或朋友的援助，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。这不会造成他们对您的医疗账单负责，只是帮助证明您负担生活开支的能力。如果您没有从家人和朋友获得援助，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不完整的申请。

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。

请将完成的申请书打印出来，邮寄或亲手提交到以下地址：

Ascension Seton - Patient Financial Services

Attn: Financial Counselors

P.O. Box 204398

Dallas, TX 75320-4398

512-324-1125

Ascension Medical Group

Attn: Financial Assistance Department

P.O. Box 80278

Indianapolis, IN 46240-9998

512-324-8960

如果对此申请有任何疑问，请致电我们的一位患者代表，电话是。

此致，

Ascension 财务服务部

经济援助申请表



**Ascension
Seton**

患者信息

(请工整书写, 并且必须填写所有字段。对于申请表中任何对您不适用的行, 请注明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_____

通讯地址_____ 市_____ 州_____ 邮编_____

社会安全号码(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相同, 请将此部分留空。)

姓名(名字和姓氏)_____

出生日期_____ 婚姻状况_____ 电话号码_____

通讯地址_____ 市_____ 州_____ 邮编_____

社会安全号码(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

(如果患者与责任方相同, 请填写患者的配偶信息。)

姓名(名字和姓氏)_____

出生日期_____ 婚姻状况_____ 电话号码_____

通讯地址_____ 市_____ 州_____ 邮编_____

社会安全号码(可选) _____

雇主_____ 就业状况_____

每周工作时数_____ 雇主电话号码_____

责任方家属

(如果患者与责任方相同, 请填写患者的配偶信息。)

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_____

居住在家庭中的成人和儿童人数_____

月收入

(在下列每项中填写美元金额。填写每项的每月金额。)

申请者收入 _____
申请者配偶收入 _____
社会保障福利 _____
退休金/退休收入 _____
伤残收入 _____
失业补偿 _____
劳工补偿 _____
利息/股息收入 _____

收到的儿童抚养费 _____
收到的赡养费 _____
出租物业收入 _____
食品券 _____
收到的信托基金分配 _____
其他收入 _____
其他收入 _____
月总收入 \$ _____

每月生活开支

抵押/租金 _____
公用事业 _____
电话(固定电话) _____
手机 _____
杂货/食品 _____
有线/互联网/卫星电视 _____
车贷 _____
育儿 _____

子女抚养费/赡养费 _____
信用卡 _____
医生/医院账单 _____
汽车保险 _____
住房/财产保险 _____
医疗/健康保险 _____
人寿保险 _____
其他每月支出 _____
每月总支出 \$ _____

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, 上述信息为据我所知的真实且完整的信息。我特此授权医院可从外部信用报告机构获取信息, 前提是医院认为有必要。

申请者签名 _____

日期 _____

备注 _____



Ascension

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/她对我基本上没有义务。

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 _____