

# 经济援助申请表



辅助表格 - Wisconsin Avenue Family Practice/St Joseph's Women's Outpatient Center **Ascension**

## 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 \_\_\_\_\_ 电话号码 \_\_\_\_\_  
邮寄地址 \_\_\_\_\_ 城市 \_\_\_\_\_ 州 \_\_\_\_\_ 邮编 \_\_\_\_\_  
雇主 \_\_\_\_\_ 就业状况 \_\_\_\_\_  
每周工作小时数 \_\_\_\_\_ 雇主电话号码 \_\_\_\_\_

## 责任方的信息/法律监护人信息

(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 \_\_\_\_\_ 电话号码 \_\_\_\_\_  
邮寄地址 \_\_\_\_\_ 城市 \_\_\_\_\_ 州 \_\_\_\_\_ 邮编 \_\_\_\_\_  
雇主 \_\_\_\_\_ 就业状况 \_\_\_\_\_  
每周工作小时数 \_\_\_\_\_ 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。)

申请人的收入 \_\_\_\_\_  
申请人配偶收入 \_\_\_\_\_  
社会保障福利 \_\_\_\_\_  
养老金/退休收入 \_\_\_\_\_  
残疾收入 \_\_\_\_\_  
失业救济金 \_\_\_\_\_  
工伤赔偿 \_\_\_\_\_  
利息/股息收入 \_\_\_\_\_

获得的儿童抚养费 \_\_\_\_\_  
房产租金收入 \_\_\_\_\_  
食品救济券 \_\_\_\_\_  
获得的信托基金分红 \_\_\_\_\_  
其他收入 \_\_\_\_\_  
其他收入 \_\_\_\_\_  
**每月总收入 (单位: 美元)** \_\_\_\_\_

## 每月生活开支

抵押贷款/租金 \_\_\_\_\_  
公用事业费 \_\_\_\_\_  
电话 (固定电话) 费 \_\_\_\_\_  
手机费 \_\_\_\_\_  
杂货/食品开支 \_\_\_\_\_  
有线/互联网/卫星电视费 \_\_\_\_\_  
汽车付款 \_\_\_\_\_  
子女照护开支 \_\_\_\_\_

子女抚养费 \_\_\_\_\_  
信用卡 \_\_\_\_\_  
医生/医院账单 \_\_\_\_\_  
汽车/汽车保险 \_\_\_\_\_  
房屋/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 (单位: 美元)** \_\_\_\_\_

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。

申请人签名 \_\_\_\_\_

日期 \_\_\_\_\_

**备注** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



# Ascension

尊敬的患者/申请人：

Ascension 以慈悲为怀，竭诚为所有人提供个性化的护理，尤其是那些最需要帮助的人。为患者提供经济援助是我们的使命和荣幸。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。

我们特此寄送本函及所附经济援助申请表，以回应您先前提出的申请请求。如果您没有提过此请求，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。若您在过去六个月内已完成申请且获经济援助批准，请通知我方——您可能无需重新申请。对于超过六个月之前的申请，恕无法作为有效依据。

随申请一并提交时，您需提供家庭收入证明。

## 收入证明示例：

- 雇主最近 3 次签发的工资单的副本
- 最近一次的年度纳税申报表的副本（如果是自雇人士，则包括所有附表）
- 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之被抚养人且未满 25 岁）
- 失业救济金收据副本
- 其他收入验证文件

如果您获得家人或朋友的援助，或与家人或朋友同住，请让他们填写标记为“支持信”的随附表格。此表格不会致使他们对您的医疗账单负有责任，只是帮助证明您负担生活开支的方式。如果您没有获得家人或朋友的援助，则无需填写“支持信”表格。

最后，我们可以考虑您的未付医疗费用，以使您有资格获得经济援助。若您希望我方将此纳入考量，请同时提供您每月未结医疗及药房/药品费用的证明文件，如近期发票或账户余额对账单。**请注意，必须收到 1) 完整的申请表以及 2) 收入证明，3) 资产和 3) 未付医疗账单（如适用）才能考虑申请。我们无法处理也不会考虑不完整的申请。**

提交申请时，请注意通过互联网发送的电子邮件通信不具备安全性。虽可能性较低，但您电子邮件中所含信息存在被收件人以外之其他方拦截或读取的可能。我们希望保护您的个人信息，确保其安全。因为

该应用程序包含您的社会保险号码和其他私人信息，我们强烈建议您不要通过电子邮件发送。  
请将填写完整的申请表及支持性文件打印出来，邮寄或亲自递送至以下地址：

Ascension Wisconsin  
邮政信箱 860496  
Minneapolis, MN 55486-0496

我们竭诚为您服务，致力于确保符合条件的患者能够获得经济援助。如有任何关于申请表、所需证明文件或提交方式的问题，请致电 877-304-6332 联系患者代表。

此致，

Ascension 患者财务服务部