

# 经济援助申请表



## Ascension

### 患者信息

(请正楷书写, 所有字段必填。如果申请表中的任何单个行不适合您, 请注明N/A)

日期 \_\_\_\_\_ 账户编号 \_\_\_\_\_ 医院名称 \_\_\_\_\_  
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 \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_  
申请人配偶的收入 \_\_\_\_\_  
社会保障福利 \_\_\_\_\_  
养老金/退休金收入 \_\_\_\_\_  
残疾保障收入 \_\_\_\_\_  
失业救济金 \_\_\_\_\_  
工伤赔偿金 \_\_\_\_\_  
利息/股息收入 \_\_\_\_\_

获得的儿童抚养费 \_\_\_\_\_  
获得的赡养费 \_\_\_\_\_  
物业出租收入 \_\_\_\_\_  
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 (美元)** \_\_\_\_\_

## 每月生活开支

按揭贷款/房租 \_\_\_\_\_  
公用事业费用 \_\_\_\_\_  
电话 (固话) \_\_\_\_\_  
手机 \_\_\_\_\_  
日杂/食品 \_\_\_\_\_  
有线电视/网络/卫星电视 \_\_\_\_\_  
汽车贷款 \_\_\_\_\_  
子女看护 \_\_\_\_\_

子女抚养/赡养费 \_\_\_\_\_  
信用卡 \_\_\_\_\_  
医生/医院账单 \_\_\_\_\_  
汽车保险 \_\_\_\_\_  
房屋/财产保险 \_\_\_\_\_  
医疗/健康保险 \_\_\_\_\_  
人寿保险 \_\_\_\_\_  
其他每月开支 \_\_\_\_\_  
**每月总开支 \$** \_\_\_\_\_

## 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。

申请人签名 \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_



# Ascension

## 所需文档和证明

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 Providence Rochester Hospital**  
**1101 West University Rd., Rochester, MI**

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 (248) 652-5334。