

# 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(全名) \_\_\_\_\_

出生日期 \_\_\_\_\_ 婚姻狀況 \_\_\_\_\_ 電話號碼 \_\_\_\_\_

郵寄地址 \_\_\_\_\_ 市 \_\_\_\_\_ 州 \_\_\_\_\_ 郵遞區號 \_\_\_\_\_

社會保險號(僅用於計費及標識) \_\_\_\_\_

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(全名) \_\_\_\_\_

出生日期 \_\_\_\_\_ 婚姻狀況 \_\_\_\_\_ 電話號碼 \_\_\_\_\_

郵寄地址 \_\_\_\_\_ 市 \_\_\_\_\_ 州 \_\_\_\_\_ 郵遞區號 \_\_\_\_\_

社會保險號(僅用於計費及標識) \_\_\_\_\_

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。)

日期 \_\_\_\_\_ 帳戶號碼 \_\_\_\_\_

姓名(全名) \_\_\_\_\_

出生日期 \_\_\_\_\_ 婚姻狀況 \_\_\_\_\_ 電話號碼 \_\_\_\_\_

郵寄地址 \_\_\_\_\_ 市 \_\_\_\_\_ 州 \_\_\_\_\_ 郵遞區號 \_\_\_\_\_

社會保險號(僅用於計費及標識) \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_ 出生日期 \_\_\_\_\_ 與責任方的關係 \_\_\_\_\_

姓名 \_\_\_\_\_ 出生日期 \_\_\_\_\_ 與責任方的關係 \_\_\_\_\_

姓名 \_\_\_\_\_ 出生日期 \_\_\_\_\_ 與責任方的關係 \_\_\_\_\_

姓名 \_\_\_\_\_ 出生日期 \_\_\_\_\_ 與責任方的關係 \_\_\_\_\_

居住在家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。)

申請人收入 _____	收到子女撫養費 _____
申請人配偶收入 _____	收到贍養費 _____
社會保障福利 _____	物業出租收入 _____
養老金/退休收入 _____	食品券 _____
殘障收入 _____	收到信託基金分配 _____
失業補助金 _____	其他收入 _____
勞動者報酬 _____	其他收入 _____
利息/股息收入 _____	<b>每月總淨收入 \$ _____</b>

## 每月生活開支

(為以下列出的每個項目填入美元金額。提供每月金額。)

抵押/租金 _____	兒童撫養費/贍養費 _____
公用支出 _____	信用卡 _____
電話(室內) _____	醫師/醫院帳單 _____
手機 _____	汽車/汽車保險 _____
雜貨/食品 _____	房屋/不動產保險 _____
有線/網路/衛星電視 _____	醫療/健康保險 _____
汽車支出 _____	人壽保險 _____
育兒費用 _____	其他每月支出 _____
	<b>每月總費用 \$ _____</b>

本人特此證明，上述資訊為據我所知的真實且完整的資訊。我特此授權醫院視實際需要從外部信用報告機構獲得資訊。

申請人簽名 \_\_\_\_\_

日期 \_\_\_\_\_

## 註解

---

---

---

---

---

---

---





**Ascension**

## 支援信

患者病歷號／帳號\_\_\_\_\_

支援者姓名\_\_\_\_\_

與患者／申請人的關係\_\_\_\_\_

支援者地址\_\_\_\_\_

致 Ascension：

此信函為告知您（患者姓名）\_\_\_\_\_收入很少甚至沒有，我正協助他／她的生活費用。他／她對我有很少或沒有義務。

透過簽署本聲明，我同意，所提供的資訊為據我所知的真實資訊。

支援者簽名\_\_\_\_\_

日期\_\_\_\_\_



# Ascension

〔日期〕

患者／申請人您好，

Ascension 係出於同情心，致力於為所有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。如果您未提出此請求，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，請提供至少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

如果您獲得來自家人或朋友的援助，或與家人或朋友同住家中，請讓他們填寫隨附的標記為「支援信」的表格。此表格不會讓他們對您的醫療帳單負責。這將有助於證明您負擔生活費用的能力。如果您沒有接受家人及朋友的援助，則無需填寫《支援信》的表格。

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：

Ascension St. Joseph/Standish Hospital  
財務諮詢部  
200 Hemlock  
Tawas City, MI 48764

如果您對此申請有任何疑問，請致電 989-984-3796 與我們的一位患者代表聯絡

此致，

患者財務服務部  
Ascension