



Ascension

[日期]

尊敬的患者/申请者：

Ascension 是一家爱心组织，致力于为所有人——特别是最需要的人提供个性化的护理。向患者提供经济援助，既是我们的使命，也是我们的荣耀。经济援助仅适用于急救及其他医学必要护理。感谢您基于信任，选择我们解决您和您家人的所有医疗需求。

我们应您的请求而发送此函和随附的经济援助申请表。如果您未曾发出此类请求，则无需理会这些材料。请填写正反两面，包括您的签名和日期，然后寄回。如果您在过去六个月内填写了申请表，并且获得了经济援助批准，请通知我们。您可能不需要再填写新的申请表。我们不会考虑过去六个月以前的申请。

提交申请表时，请提供以下至少一项的副本作为您的收入证明。如果您已婚，或者与您的另一半已同居 6 个月或更长时间，则您的配偶或另一半也需要提供以下至少一项的副本作为其收入证明，才能启动申请处理流程。

- 雇主提供的最近 3 份工资单的副本。
- 最近年度纳税申报表的副本（自由职业者请提供所有相关清单）
- 社会保障和/或退休金发放单
- 父母或监护人的最近年度纳税申报表（如果申请者是其纳税表中所列的受抚养人且年龄在 25 岁以下）
- 其他收入证明文件
- 最近三个月的银行对账单副本
- 失业救济金收据副本

如果您获得了家人或朋友的资助或与他们共同生活，请让他们填写随附的名为“资助证明函”的表格。填写此表不会导致他们对您的医疗账单负责。它将有助于证明您承担生活费用的能力。如果您没有得到家人和朋友的资助，则无需填写“资助证明函”表格。

最后，请提供文件证明您每月未付的医疗和药房/药品费用。

请注意，必须收到完整的申请表和收入证明，才能审议申请。我们无法处理或审议不完整的申请。

请注意，通过电子邮件在互联网上进行通信并不安全。尽管可能性不大，但您包含在电子邮件中的信息有可能被收件人以外的其他方截获并读取。

我们希望保护您的个人信息并确保其安全。由于申请表包含您的社会安全号码和其他私人信息，因此我们强烈建议您不要通过电子邮件发送。

请将完成的申请表寄回以下地址：

Ascension St. Vincent

PFS Dept/Self Pay Team/Confidential

PO Box 40970

Indianapolis, IN 46260-0970

如果您对此申请表有任何疑问，请致电 866-435-2078 联系我们的患者代表。

谨致问候！

患者财务服务部

Ascension

经济援助申请表



Ascension

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/CD _____
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

资助证明函

患者病历号/账号 _____

资助者姓名 _____

与患者/申请者的关系 _____

资助者地址 _____

致 Ascension:

本函旨在证明（患者姓名）_____几乎没有收入，我正在资助其生活费。
他/她对我几乎没有义务。

通过签署本声明，我同意，所提供的信息为据我所知的真实信息。

资助者签名 _____ 日期 _____