

Kính gửi Bệnh nhân/Người nộp đơn,

Động lực của Ascension là sự cảm thông và chúng tôi luôn tận tâm trong việc cung cấp dịch vụ chăm sóc cá nhân cho tất cả mọi người—đặc biệt là những người cần được chăm sóc nhất. Cung cấp hỗ trợ tài chính cho bệnh nhân là sứ mệnh và đặc quyền của chúng tôi. Hỗ trợ tài chính chỉ dành cho trường hợp cấp cứu và dịch vụ chăm sóc cần thiết về mặt y tế khác. Cảm ơn quý vị đã tin tưởng để chúng tôi chăm sóc cho tất cả các nhu cầu chăm sóc sức khỏe của quý vị và gia đình mình.

Chúng tôi gửi thư này và đơn xin hỗ trợ tài chính đính kèm vì chúng tôi đã nhận được yêu cầu của quý vị. Nếu quý vị không yêu cầu điều này, xin vui lòng bỏ qua. Vui lòng điền đầy đủ cả hai mặt, bao gồm cả chữ ký và ngày ký trước khi quý vị gửi trả. Nếu quý vị đã hoàn thành đơn đăng ký trong vòng sáu tháng qua và đã được phê duyệt hỗ trợ tài chính, vui lòng thông báo cho chúng tôi biết. Quý vị có thể không cần phải điền đơn đăng ký mới. Chúng tôi sẽ không xem xét đơn đăng ký đã cũ quá sáu tháng.

Cùng với đơn đăng ký, vui lòng cung cấp ít nhất một trong các giấy tờ sau đây làm bằng chứng thu nhập của quý vị. Nếu quý vị đã kết hôn hoặc sống với một người quan trọng khác trong 6 tháng hoặc lâu hơn, họ cũng sẽ cần cung cấp một bản sao của ít nhất một trong các giấy tờ sau đây để làm bằng chứng thu nhập của họ trước khi đơn đăng ký có thể được xử lý.

- Bản sao của 3 cuống phiếu lương gần đây nhất từ chủ lao động
- Bản sao tờ khai thuế hàng năm gần đây nhất (nếu tự làm chủ, bao gồm tất cả các bảng)
- An sinh xã hội và/hoặc Thư Hỗ trợ Hưu trí
- Tờ khai thuế hàng năm gần đây nhất của Phụ huynh hoặc Người Giám hộ, nếu người nộp đơn là người phụ thuộc được nêu trong biểu mẫu thuế của họ và dưới 25 tuổi
- Tài liệu xác minh thu nhập khác
- Bản sao của sao kê ngân hàng từ 3 tháng trước
- Bản sao giấy nhận trợ cấp thất nghiệp

Nếu quý vị nhận hỗ trợ từ gia đình hoặc bạn bè hoặc sống cùng nhà với họ, vui lòng đề nghị họ điền đầy đủ biểu mẫu đính kèm có nhãn “Letter of Support” (Thư Hỗ trợ). Việc này sẽ không khiến họ phải chịu trách nhiệm về các hóa đơn y tế của quý vị. Điều này sẽ giúp cho biết làm thế nào mà quý vị có thể trang trải được chi phí sinh hoạt. Nếu quý vị không nhận được hỗ trợ từ gia đình và bạn bè, quý vị không cần điền vào mẫu Thư Hỗ trợ.

Cuối cùng, vui lòng cung cấp tài liệu làm bằng chứng về chi phí y tế và dược phẩm/thuốc hàng tháng chưa chi trả của quý vị.

Xin lưu ý rằng chúng tôi phải nhận được đơn đăng ký đã điền đầy đủ cùng với bằng chứng thu nhập để đơn đăng ký được xem xét. Chúng tôi không thể xử lý hoặc xem xét các đơn đăng ký chưa điền đầy đủ.

Xin lưu ý rằng việc liên lạc bằng email qua internet là không an toàn. Mặc dù ít xảy ra, nhưng có khả năng thông tin quý vị đưa vào email có thể bị đánh chặn và bị đọc bởi các bên khác ngoài người được gửi thư.

Chúng tôi muốn bảo vệ thông tin cá nhân của quý vị và đảm bảo rằng thông tin đó được giữ an toàn. Vì đơn đăng ký chứa số an sinh xã hội và các thông tin cá nhân khác của quý vị, chúng tôi khuyên quý vị không nên gửi qua email.

Vui lòng gửi thư hoặc fax ứng dụng của bạn đến vị trí thích hợp. Để biết số điện thoại của nhà cung cấp của bạn hoặc địa chỉ fax / gửi thư nơi gửi đơn đăng ký, vui lòng tham khảo trang tiếp theo của ứng dụng.

Trân trọng,

Bệnh nhân  
Financial  
Services  
Ascension (Dịch  
vụ Tài chính  
Ascension)



<b>Tên Nhà Cung cấp</b>	<b>Số Điện thoại</b>	<b>Địa chỉ</b>	<b>Số Fax</b>	<b>Địa chỉ Email</b>
Bệnh viện Saint Thomas West	(615) 222-6638	STHe Financial Asst. HỘP SỐ 380, Nashville, TN 37202	(629) 204-6542	
Bệnh viện trung tâm Saint Thomas	(615) 284-5340	STHe Financial Asst. HỘP SỐ 380, Nashville, TN 37202	(629) 204-6540	
Bệnh viện Saint Thomas Rutherford	(615) 222-6638	STHe Financial Asst. HỘP SỐ 380, Nashville, TN 37202	(629) 204-6541	
Tập đoàn y tế thăng thiên	(844) 686-2555	STHe Financial Asst. PO Box, 80278 Indianapolis, IN 46240	(317) 981-6312	
Saint Thomas Highlands	(877) 348-7082	STHe Financial Asst. 401 Sewell Dr, Sparta, TN 38583	(931) 738-2669	
Bệnh viện Saint Thomas Dekalb	(877) 348-7082	STHe Financial Asst. 401 Sewell Dr, Sparta, TN 38583	(931) 738-2669	
Bệnh viện công viên Saint Thomas River	(877) 348-7082	STHe Financial Asst. 401 Sewell Dr, Sparta, TN 38583	(931) 738-2669	
Bệnh viện sông Saint Thomas Stones	(877) 348-7082	STHe Financial Asst. 401 Sewell Dr, Sparta, TN 38583	(931) 738-2669	
Bệnh viện Saint Thomas Hickman	(931) 729-6800	STHe Financial Asst. 135 E. Swan Street Centerville, TN 37033		
Phòng thí nghiệm Plus	(615) 284-2773	Lab Plus LLC Attn: Billing Dept 2000 Church Street Nashville, TN 37236	(615) 284-2771	
Saint Thomas Center for Specialty Surgery (Trung tâm Phẫu thuật Chuyên khoa Saint Thomas)	(615) 341-7500	STHe Financial Asst. 2011 Murphy Ave Suite 400 Nashville, TN 37203	(615) 341-7513	STHSSFinAssist@uspi.com
Saint Thomas EMS	(877) 664-4076	STHe Financial Asst. PO Box 681787 Franklin, TN 37064	(615) 236-4040	
Baptist Ambulatory Surgery Center (Trung tâm Phẫu thuật Di động Baptist)	(615) 321-7730	STHe Financial Asst. 312 21 <sup>st</sup> Ave. North Nashville, TN 37203	(615) 320-5319	
Saint Thomas Center for Sleep (Trung tâm về Giấc ngủ Saint Thomas)	(615) 222-6638	STHe Financial Asst. PO Box 380 Nashville, TN 37202	(615) 222-7700	

# Mẫu Đơn Đăng Ký Hỗ Trợ Tài Chính của Ascension Saint Thomas

## Thông tin bệnh nhân

(Vui lòng in và điền vào tất cả các ô thông tin. Ghi N/A vào bất kỳ dòng riêng nào trong đơn nếu không áp dụng)

Ngày \_\_\_\_\_ Số tài khoản \_\_\_\_\_

Tên (tên và họ) \_\_\_\_\_

Ngày sinh \_\_\_\_\_ Tình trạng hôn nhân \_\_\_\_\_ Số điện thoại \_\_\_\_\_

Địa chỉ hộp thư \_\_\_\_\_ Thành phố \_\_\_\_\_ Tiểu bang \_\_\_\_\_ ZIP \_\_\_\_\_

Số an sinh xã hội (không bắt buộc) \_\_\_\_\_

Chủ lao động \_\_\_\_\_ Tình trạng việc làm \_\_\_\_\_

Số giờ làm việc mỗi tuần \_\_\_\_\_ Số điện thoại của chủ lao động \_\_\_\_\_

## Thông tin bên chịu trách nhiệm/thông tin người giám hộ hợp pháp

(Nếu bệnh nhân ở trên cũng là bên chịu trách nhiệm, hãy để trống phần này.)

Tên (tên và họ) \_\_\_\_\_

Ngày sinh \_\_\_\_\_ Tình trạng hôn nhân \_\_\_\_\_ Số điện thoại \_\_\_\_\_

Địa chỉ hộp thư \_\_\_\_\_ Thành phố \_\_\_\_\_ Tiểu bang \_\_\_\_\_ ZIP \_\_\_\_\_

Số an sinh xã hội (không bắt buộc) \_\_\_\_\_

Chủ lao động \_\_\_\_\_ Tình trạng việc làm \_\_\_\_\_

Số giờ làm việc mỗi tuần \_\_\_\_\_ Số điện thoại của chủ lao động \_\_\_\_\_

## Thông tin vợ/chồng bên chịu trách nhiệm

(Nếu bệnh nhân cũng là bên chịu trách nhiệm, hãy điền thông tin vợ/chồng của bệnh nhân.)

Tên (tên và họ) \_\_\_\_\_

Ngày sinh \_\_\_\_\_ Tình trạng hôn nhân \_\_\_\_\_ Số điện thoại \_\_\_\_\_

Địa chỉ hộp thư \_\_\_\_\_ Thành phố \_\_\_\_\_ Tiểu bang \_\_\_\_\_ ZIP \_\_\_\_\_

Số an sinh xã hội (không bắt buộc) \_\_\_\_\_

Chủ lao động \_\_\_\_\_ Tình trạng việc làm \_\_\_\_\_

Số giờ làm việc mỗi tuần \_\_\_\_\_ Số điện thoại của chủ lao động \_\_\_\_\_

## Người phụ thuộc của bên chịu trách nhiệm

(Nếu bệnh nhân cũng là bên chịu trách nhiệm, hãy điền thông tin vợ/chồng của bệnh nhân.)

Tên \_\_\_\_\_ Ngày sinh \_\_\_\_\_ Mối quan hệ với bên chịu trách nhiệm \_\_\_\_\_

Tên \_\_\_\_\_ Ngày sinh \_\_\_\_\_ Mối quan hệ với bên chịu trách nhiệm \_\_\_\_\_

Tên \_\_\_\_\_ Ngày sinh \_\_\_\_\_ Mối quan hệ với bên chịu trách nhiệm \_\_\_\_\_

Tên \_\_\_\_\_ Ngày sinh \_\_\_\_\_ Mối quan hệ với bên chịu trách nhiệm \_\_\_\_\_

Số người lớn và trẻ em sống trong gia đình \_\_\_\_\_

### Thu nhập hàng tháng

(Điền số tiền đô la cho mỗi mục được liệt kê dưới đây. Cung cấp số tiền mỗi tháng cho từng mục.)

Thu nhập lương của người nộp đơn \_\_\_\_\_  
Thu nhập của vợ/chồng người nộp đơn \_\_\_\_\_  
Tiền an sinh xã hội \_\_\_\_\_  
Thu nhập từ trợ cấp/lương hưu \_\_\_\_\_  
Thu nhập từ trợ cấp khuyết tật \_\_\_\_\_  
Bồi thường thất nghiệp \_\_\_\_\_  
Bồi thường của người lao động \_\_\_\_\_  
Thu nhập lãi/cổ tức \_\_\_\_\_

Hỗ trợ trẻ em nhận được \_\_\_\_\_  
Cấp dưỡng nhận được \_\_\_\_\_  
Thu nhập bất động sản cho thuê \_\_\_\_\_  
Tem phiếu thực phẩm \_\_\_\_\_  
Phân phối quỹ ủy thác nhận được \_\_\_\_\_  
Thu nhập khác \_\_\_\_\_  
Thu nhập khác \_\_\_\_\_  
**Tổng thu nhập hàng tháng \$** \_\_\_\_\_

### Chi phí sinh hoạt hàng tháng

Vay thế chấp/thuê \_\_\_\_\_  
Tiện ích \_\_\_\_\_  
Điện thoại (điện thoại cố định) \_\_\_\_\_  
Điện thoại di động \_\_\_\_\_  
Hàng tạp hóa/thực phẩm \_\_\_\_\_  
Truyền hình cáp/internet/vệ tinh \_\_\_\_\_  
Chi phí xe hơi \_\_\_\_\_  
Giữ trẻ \_\_\_\_\_

Hỗ trợ trẻ em/tiền cấp dưỡng \_\_\_\_\_  
Thẻ tín dụng \_\_\_\_\_  
Hóa đơn bác sĩ/bệnh viện \_\_\_\_\_  
Bảo hiểm xe hơi/ô tô \_\_\_\_\_  
Bảo hiểm nhà/tài sản \_\_\_\_\_  
Bảo hiểm y tế/sức khỏe \_\_\_\_\_  
Bảo hiểm nhân thọ \_\_\_\_\_  
Chi phí hàng tháng khác \_\_\_\_\_  
**Tổng chi phí hàng tháng \$** \_\_\_\_\_

### Tài sản

Tiền mặt/tiết kiệm/tài khoản séc \_\_\_\_\_  
Cổ phiếu/trái phiếu/đầu tư/chứng chỉ tiền gửi \_\_\_\_\_  
Bất động sản/nhà ở thứ hai khác \_\_\_\_\_  
Thuyền/RV/xe máy/xe giải trí \_\_\_\_\_  
Ô tô sưu tầm/ô tô không thiết yếu \_\_\_\_\_  
Tài sản khác \_\_\_\_\_

Bằng văn bản này, tôi xác nhận rằng các thông tin trên là chính xác và đầy đủ theo hiểu biết tốt nhất của tôi. Bằng văn bản này, tôi ủy quyền cho bệnh viện thu nhận thông tin từ các cơ quan báo cáo tín dụng bên ngoài nếu bệnh viện thấy cần thiết.

Chữ ký của Người nộp đơn \_\_\_\_\_

Ngày \_\_\_\_\_

**Nhận xét** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

# Thư hỗ trợ

Số hồ sơ y tế của bệnh nhân/số tài khoản \_\_\_\_\_

Tên người hỗ trợ \_\_\_\_\_

Mối quan hệ với bệnh nhân/người nộp đơn \_\_\_\_\_

Địa chỉ của người hỗ trợ \_\_\_\_\_

Gửi đến Ascension:

Thư này là để thông báo rằng (tên bệnh nhân) \_\_\_\_\_ nhận được rất ít hoặc không có thu nhập và tôi đang hỗ trợ chi phí sinh hoạt của anh ấy/cô ấy. Anh ấy/cô ấy có ít hoặc không có nghĩa vụ với tôi.

Bằng cách ký vào bản tuyên bố này, tôi đồng ý rằng các thông tin được cung cấp là đúng theo hiểu biết tốt nhất của tôi.

Chữ ký của người hỗ trợ \_\_\_\_\_

Ngày \_\_\_\_\_