



Ascension

尊敬的患者／申请人，

Ascension 出于同情心，致力于为所有人（尤其是最需要协助的人）提供个性化护理。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疗性的必要护理。感谢您信任我们照顾您及您家人的所有医疗护理需求。

我们寄送此信函及随附的经济援助申请书的原因是我们收到了您的申请。如果您没有作出以上要求，请忽略即可。请填写表格的两面，并在寄回前签署您的签名及日期。如果您在过去六个月内完成了申请并获得经济援助，请通知我们 – 您可能不需要完成新的申请。不幸的是，我们无法依赖超过六个月的先前申请。

在提交申请的同时，您还需要提供您的家庭收入证明以及任何家庭成员所拥有的所有资产证明。

收入和资产证明的例子包括：

- 来自雇主的最近 3 张工资单副本
- 最近年度纳税申报表的副本（如果是自雇人士，请包含所有时期）
- 社会保险及／或养老金退休裁定书
- 父母或监护人的最近年度纳税申报表（如果申请人是纳税表中所列且年龄在 25 岁以下的受抚养人）
- 失业救济金收据副本
- 针对 Medicaid 和/或州资助的医疗援助资格的批准/拒绝资料
- 其他收入确认文件

资产证明的例子包括：

- 过去 3 个月的当前银行对账单（支票和储蓄账户）
- 投资，包括股票和债券
- 信托基金
- 货币市场账户
- 互惠基金

如果您获得来自家属或朋友的援助，或与家属或朋友同住家中，请让他们填写随附的标记为“Letter of Support (支持信)”的表格。此表格不会让他们对您的医疗账单负责。这将有助于证明您负担生活费用的能力。如果您没有接受家属及朋友的援助，则无需填写 Letter of Support (支持信)的表格。

最后，我们可能会考虑您未付的医疗账单情况，使您有资格获得经济援助。如果您希望我们考虑这个问题，也请提供您每月未付的医疗和药房/药品费用的文件，如当前的发票或帐户余额报表。**请注意，我们必须收到 1) 完整的申请以及 2) 收入证明、3) 资产证明和 4) 未付的医疗账单（如果适用），才能考虑申请。我们无法处理或考虑不完整的申请。**

请记住，在提交您的申请时，经由电子邮件在因特网进行的通讯并不安全。尽管可能性不大，但您包含在电子邮件中的信息可能会被收件人以外的其他人截获并阅读。我们希望保护您的个人信息并确保其安全。由于该申请包含您的社会保险号码及其他私人信息，因此我们建议您不要透过电子邮件传送该信息。

请打印并邮寄申请，或亲自将完整的申请表和证明文件寄送到以下地址：

**Ascension Seton - Patient Financial
Services Attn: Financial Counselors
P.O. Box 204301
Dallas TX, 75320-4301
800-749-7624**

**Ascension Medical Group
Attn: Financial Assistance Department
P.O. Box 80278
Indianapolis, IN 46240-9998
833-263-9789**

我们在此提供帮助，并希望确保有资格获得经济援助的患者获得援助。如果您对此申请、所需的证明文件或如何以最佳方式将您的申请提交给我们有任何疑问，请致电 512-324-1125 与我们的一位患者代表联系。

此致，

Ascension 患者财务服务部

经济援助申请表



**Ascension
Seton**

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/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。

申请者签名 _____

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 _____