

尊敬的患者/申請人，

Ascension 係出於同情心，致力於為所有人（尤其是最需要協助的人）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。如果您沒有要求，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，請至少提供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。由於該申請包含您的社會保險號碼及其他私人資訊，因此我們建議您不要透過電子郵件傳送該資訊。

請將您的申請郵寄或傳真到適當的位置。有關應提交申請的提供商的電話號碼或傳真/郵寄地址，請參閱申請的下一頁。

此致，

病人
Ascension 財務服
務部



提供商名稱	電話號碼	地址	傳真號碼	電子郵件地址
Saint Thomas West 聖托馬斯西	(615) 222-6638	STHe Financial Asst. PO Box 380 Nashville, TN 37202	(629) 204-6542	
Saint Thomas Midtown 聖托馬斯中城	(615) 284-5340	STHe Financial Asst. PO Box 380 Nashville, TN 37202	(629) 204-6540	
Saint Thomas Rutherford 聖托馬斯·盧瑟福	(615) 222-6638	STHe Financial Asst. PO Box 380 Nashville, TN 37202	(629) 204-6541	
Ascension Medical Group 聖托馬斯醫療合作夥伴	(844) 686-2555	STHe Financial Asst. PO Box, 80278 Indianapolis, IN 46240	(317) 981-6312	FinancialCounselors@ascension.org
Saint Thomas Highlands 聖托馬斯高地	(877) 348-7082	STHe Financial Asst. 401 Sewell Dr, Sparta, TN 38583	(931) 738-2669	
Saint Thomas Dekalb 聖托馬斯·迪卡布	(877) 348-7082	STHe Financial Asst. 401 Sewell Dr, Sparta, TN 38583	(931) 738-2669	
Saint Thomas River Park 聖托馬斯河公園	(877) 348-7082	STHe Financial Asst. 401 Sewell Dr, Sparta, TN 38583	(931) 738-2669	
Saint Thomas Stones River 聖托馬斯石頭河	(877) 348-7082	STHe Financial Asst. 401 Sewell Dr, Sparta, TN 38583	(931) 738-2669	
Saint Thomas Hickman 聖托馬斯·希克曼	(931) 729-6800	STHe Financial Asst. 135 E. Swan Street Centerville, TN 37033		
Lab Plus 實驗室加	(615) 284-2773	Lab Plus LLC Attn: Billing Dept 2000 Church Street Nashville, TN 37236	(615) 284-2771	
Saint Thomas Center For Specialty Surgery 專業手術中心	(615) 341-7500	STHe Financial Asst. 2011 Murphy Ave Suite 400 Nashville, TN 37203	(615) 341-7513	STHSSFinAssist@uspi.com
Saint Thomas EMS 聖托馬斯EMS	(877) 664-4076	STHe Financial Asst. PO Box 681787 Franklin, TN 37064	(615) 236-4040	
浸禮會門診手術中心 Baptist Ambulatory Surgery Center	(615) 321-7730	STHe Financial Asst. 312 21 st Ave.North Nashville, TN 37203	(615) 320-5319	
Saint Thomas Sleep Center 睡眠中心	(615) 222-6638	STHe Financial Asst. PO Box 380 Nashville, TN 37202	(615) 222-7700	

Ascension Saint Thomas 經濟援助申表

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 (名字及姓氏) _____
生日 _____ 婚姻狀況 _____ 電話號碼 _____
郵寄地址 _____ 市 _____ 州 _____
郵遞區號 _____ 社會保險號碼 (選填) _____
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 (名字及姓氏) _____
生日 _____ 婚姻狀況 _____ 電話號碼 _____
郵寄地址 _____ 市 _____ 州 _____
郵遞區號 _____ 社會保險號碼 (選填) _____
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。)

姓名 (名字及姓氏) _____
生日 _____ 婚姻狀況 _____ 電話號碼 _____
郵寄地址 _____ 市 _____ 州 _____
郵遞區號 _____ 社會保險號碼 (選填) _____
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 _____	生日 _____	與責任方的關係 _____
姓名 _____	生日 _____	與責任方的關係 _____
姓名 _____	生日 _____	與責任方的關係 _____
姓名 _____	生日 _____	與責任方的關係 _____

居住在家庭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。)

申請人的收入 _____
申請人配偶的收入 _____
社會保險福利 _____
退休金/退休收入 _____
殘障收入 _____
失業救濟金 _____
工人補償金 _____
利息/股息收入 _____

收到的子女撫養費 _____
收到的贍養費 _____
出租不動產收入 _____
食物券 _____
收到的信託基金配息 _____
其他收入 _____
其他收入 _____
每月總收入總額\$ _____

每月生活開支

抵押/租金 _____
公用支出 _____
電話(室內) _____
手機 _____
雜貨/食品 _____
有線/網路/衛星電視 _____
汽車支出 _____
育兒 _____

兒童撫養費/贍養費 _____
信用卡 _____
醫師/醫院帳單 _____
汽車/汽車保險 _____
房屋/不動產保險 _____
醫療/健康保險 _____
人壽保險 _____
其他每月支出 _____
每月總支出\$ _____

資產

現金/儲蓄/支票帳戶 _____
股票/債券/投資/存託憑證 _____
其他房地產/第二住所 _____
船舶/房車/摩托車/休旅車 _____
收藏車/非必要汽車 _____
其他資產 _____

本人特此證明，上述資訊為據我所知的真實且完整的資訊。我特此授權醫院可從外部信用報告機構獲得資訊，前提是醫院認為有必要。

申請人簽名 _____

日期 _____

註解 _____

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 :

這封信是為了告知您（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 _____