

2023 年 1 月 3 日

親愛的病患／申請人：

Ascension Saint Thomas Rehabilitation Hospital 以同情心為動力，致力為所有人士（尤其是最需要協助的人士）提供個人化照護。為病患提供經濟援助是我們的使命與榮幸。經濟援助僅適用緊急醫療照護與其他必要醫療照護。感謝您信賴我們，讓我們向您與您家人的所有醫療照護需求提供服務。

由於我們收到您的請求，特此傳送此信函與所附的經濟援助申請。如您並未提出請求，請忽略本信件。在寄回之前請填寫正反兩面內容，包含您的簽名與日期。如您於過去六個月內已完成申請並獲經濟援助核准，請通知我們。您可能無需填寫新申請。若先前申請已超過六個月將不列入考慮。

在提交申請同時，請就以下項目提供至少一份副本作為您的收入證明。如您已婚或與另一位重要他人同居 6 個月以上，則其也需就以下項目提供至少一份副本作為其收入證明，隨後才能處理申請。

- 僱主發出的最近 3 份薪資單副本
- 最近一次年度納稅申報表副本（若為自雇者，請附所有時間表）
- 社會安全和／或退休金退休獎勵函
- 父母或監護人最近一次年度納稅申報表（如申請人為納稅表所列的受撫養人且年齡在 25 歲以下）
- 其他收入證明文件
- 過去 3 個月的銀行對帳單副本
- 失業給付收據副本

如您接受家人或朋友的協助或與家人或朋友同住，請讓他們填寫標有「支持信函」的隨附表格。這不會導致其對您的醫療費用負責。這有助說明您如何能夠負擔生活費用。如您未獲家人與朋友協助，則無需填寫支持信函。

最後，請同時提供文件證明您的未付每月醫療與藥劑／藥品費用。

請注意，僅當收到填妥的申請表及收入證明時，才會考慮該申請。我們無法處理或考慮不完整的申請。

請記住，透過網際網路傳送電子郵件進行的通訊並不安全。儘管可能性不高，但除接收人之外，您包含於電子郵件的資訊有可能遭他人攔截並讀取。

我們希望保護您的個人資訊並確保其安全性。由於申請表包含您的社會安全號碼與其他私人資訊，因此我們建議您避免透過電子郵件傳送申請表。

請於填妥申請表後，列印並郵寄或親自送至以下地址：

**Ascension Saint Thomas
Rehabilitation Hospital
310 21st Avenue North
Nashville, TN 37203**

如您對此申請有任何疑問，請致電（629）253-5300 聯絡我們的病患代表之一。

敬啟

病患經濟服務

Ascension Saint Thomas Rehabilitation Hospital

經濟援助申請表

病患資訊

(請列印, 所有欄位均須填寫。如申請表的任何單獨行不適用, 請註明不適用)

日期 _____ 帳戶號碼 _____

姓名 (名字與姓氏) _____

出生日期 _____ 婚姻狀態 _____ 電話號碼 _____

郵寄地址 _____ 城市 _____ 州 _____ 郵遞區號 _____

社會安全號碼 (選擇性) _____

雇主 _____ 就業狀態 _____

每週工作時數 _____ 雇主電話號碼 _____

責任方資訊 / 法定監護人資訊

(如上述病患與責任方相同, 則此部分留白。)

姓名 (名字與姓氏) _____

出生日期 _____ 婚姻狀態 _____ 電話號碼 _____

郵寄地址 _____ 城市 _____ 州 _____ 郵遞區號 _____

社會安全號碼 (選擇性) _____

雇主 _____ 就業狀態 _____

每週工作時數 _____ 雇主電話號碼 _____

責任方配偶資訊

(如病患與責任方相同, 請填寫病患的配偶資訊。)

姓名 (名字與姓氏) _____

出生日期 _____ 婚姻狀態 _____ 電話號碼 _____

郵寄地址 _____ 城市 _____ 州 _____ 郵遞區號 _____

社會安全號碼 (選擇性) _____

雇主 _____ 就業狀態 _____

每週工作時數 _____ 雇主電話號碼 _____

責任方的受撫養人

(如病患與責任方相同, 請填寫病患的配偶資訊。)

姓名 _____ 出生日期 _____ 與責任方關係 _____

姓名 _____ 出生日期 _____ 與責任方關係 _____

姓名 _____ 出生日期 _____ 與責任方關係 _____

姓名 _____ 出生日期 _____ 與責任方關係 _____

家中居住的成人與兒童人數 _____

月收入

(請填寫以下列出各項的美元金額。請提供各項每月金額。)

申請人薪資收入_____

申請人配偶收入_____

社會安全福利_____

退休金／退休收入_____

殘疾收入_____

失業給付_____

工傷賠償_____

利息／股息收入_____

子女撫養費收入_____

贍養費收入_____

出租房產收入_____

食品券_____

信託基金分配收入_____

其他收入_____

其他收入_____

每月總收入 \$ _____

每月生活費

房貸／租金_____

水電費_____

電話（有線）_____

手機_____

雜貨／食品_____

有線電視／網際網路／衛星電視_____

汽車支付_____

兒童保育_____

子女撫養費／贍養費_____

信用卡_____

醫師／醫院帳單_____

汽車／汽車保險_____

家庭／財產保險_____

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／CD_____

其他房地產／第二住宅_____

船舶／房車／摩托車／休閒車_____

收藏汽車／非必需汽車_____

其他資產_____

本人特此證明，據我所知上述資訊真實且完整。本人特此授權醫院於認為有必要時從外部信用報告機構獲取資訊。

申請人簽名 _____

日期 _____

評論
