

## 亲爱的患者:

感谢您选择 Ascension Seton。Ascension Seton 是天主教医疗卫生部门，其使命激励着我们去关怀和改善我们所服务的群体的健康，同时向贫困及弱势群体给予特别关注。为响应我们的使命，我们向无力支付医疗服务费用的患者提供财政援助。

应您的要求，我们已向您提供财政援助申请书。请填写申请书的前后两页部分，并在送回给患者财政服务部处理前附上您的**签名及日期**。

除申请页外，您必须提交有关您的家庭全部收入的收入证明文件，以供审核本申请书。申请填写不全的将不予处理。**此外，我们要求所有其他可用的资金来源应在获得慈善资格前使用。**

就确定资格而言，收入包括所有来源的税前年度/月度现金收入总额，包括但不限于：

- 任何扣税前的以货币形式发放的工资及薪金
- 农场自营净收入（收入来自以所有人、租赁人或佃农身份运营的农场，并扣减农场经营开支）
- 非农自营净收入（收入来自某名人士拥有的非法团业务、专业企业或合伙企业，并扣减业务开支）
- 社会安全福利金
- 铁路退休福利金
- 失业补偿金
- 来自公会基金的罢工福利
- 工伤赔偿
- 退伍军人福利金
- 公共援助（包括对受供养子女家庭的援助或贫困家庭临时补助[Temporary Assistance for Needy Families, TANF]，社会安全补助金等[Social Security Benefits, SSI]）
- 培训津贴
- 赡养费或子女抚养费
- 军人家庭拨款或对家庭成员离开家庭或不与家庭成员一同居住的人士提供的其他常规补助
- 养老金（私人、政府、军队退休、年金）
- 学院或大学奖学金、助学金、研究生补助金及研究生奖学金
- 分红及利息
- 租赁收入
- 定期财产或信托收入
- 博彩及中奖净得

收入证明文件包括：

- 最近年份的纳税申报表[**首选**]
- 每位家庭成员的两份最近的工资单
- 雇主以**公司信笺**证实补偿的函件
- 失业补偿金通告
- 社会安全收入证明
- 信托或退休收入定期取款证明
- 来自家庭成员的支持信函[**首选公证函件**]
- 其他类型收入的文件；子女抚养，赡养费等
- 政府援助计划的认可信函；粮食券、WIC、住房补贴等
- 确定任何公共资助项目或第三方付款来源的函件
- 正式在校成绩单
- 住址证明；3个月内的水电费帐单、银行帐单、信用卡帐单等

请注意：财政援助不能用来代替适当的财政计划、医疗保险承保或您有资格享受的公共资助。

如有任何疑问或需要申请书填写方面的帮助，请直接拨打下列电话：

<b>Ascension Seton</b> 本地：(512) 324-1125 先拨 #4 再拨 #3 免费长途电话： 1-800-749-7624 先拨 #4 再拨 #3	<b>Ascension Seton Smithville</b> (512) 237-5742	<b>Ascension Medical Group</b> (512) 324-8960
	<b>Ascension Seton Shoal Creek</b> (512) 324-2025	

请将填写完毕的申请书及收入证明文件邮寄到以下相应的地址：

<b>Patient Financial Services</b> <b>Ascension Seton</b> Attn: Financial Counselors P.O. Box 204398 Dallas, TX 75320-4398	<b>Ascension Seton Smithville</b> <b>Attn: Business Office</b> Representative P.O. Box 204233 Dallas, TX 75320	<b>Medical Group Financial Assistance Department</b> 10330 North Meridian St, 2nd Floor Indianapolis, IN 46290  Email: FinancialCounselors@ascension.org Fax: (317) 981-6312
	<b>Ascension Seton Shoal Creek</b> <b>Attn: Patient Financial Services</b> 3501 Mills Avenue Austin, TX 78731	

此致，

患者财政服务部  
**Ascension Seton**

## 财政援助申请书

Seton 帐号: \_\_\_\_\_ 帐户余额: \_\_\_\_\_ MRN: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

患者姓名: \_\_\_\_\_  
 社会保险号: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_ 婚姻状况: \_\_\_\_\_  
 担保人: \_\_\_\_\_ 担保人社会保险号: \_\_\_\_\_  
 街道地址: \_\_\_\_\_ 电话号码: \_\_\_\_\_  
 城市: \_\_\_\_\_ 县: \_\_\_\_\_ 州: \_\_\_\_\_ 邮政编码: \_\_\_\_\_

### 收入信息

家属人数: \_\_\_\_\_ 有收入来源的家属人数: \_\_\_\_\_ 每月总收入: \$ \_\_\_\_\_  
 每月失业金: \$ \_\_\_\_\_ 每月子女抚养费: \$ \_\_\_\_\_ 每月赡养费: \$ \_\_\_\_\_  
 信托基金收益: \$ \_\_\_\_\_ 每月 SSI 福利金: \$ \_\_\_\_\_ 其他月收入: \$ \_\_\_\_\_  
 每月总收入 \$ \_\_\_\_\_

\*对上列每种类型的收入都须提供相应的证明文件\*

### 政府援助

\*请勾选所有适用项\*

食品券       WIC (妇女、婴儿和儿童)       住房补贴  
 MAP    CCHC    德克萨斯州 Medicaid/CHIP    Medicaid (德克萨斯州以外的州): \_\_\_\_\_  
 县贫困关怀计划 (县名称): \_\_\_\_\_  
 Seton Care Plus (SCP)    Music Seton Care Plus (MSCP)

\*以上勾选的每类援助都须提供相应的证明文件\*

### 资产信息部分

\*提供所有适用的资产价值\*

<input type="checkbox"/> 股票	价值 \$ _____	<input type="checkbox"/> 债券	价值 \$ _____
<input type="checkbox"/> 个人退休帐户	价值 \$ _____	<input type="checkbox"/> 第二住所	价值 \$ _____
<input type="checkbox"/> 游艇	价值 \$ _____	<input type="checkbox"/> 收藏汽车	价值 \$ _____
<input type="checkbox"/> RV	价值 \$ _____	<input type="checkbox"/> 非必需汽车	价值 \$ _____
		<input type="checkbox"/> 其他奢侈品	价值 \$ _____

资产总价值 \$ \_\_\_\_\_

保证: 据本人所知, 本人保证以上信息真实、准确且完整。本人明白, 出于免费医疗报告的需要, 以上信息可能会公开。

患者/担保人签字: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_  
 填表人: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_