

## 尊敬的患者,

感謝您選擇 Ascension Seton。Ascension Seton 是一個天主教醫療單位，以關懷和改善服務對象的健康為宗旨，尤其關注低收入戶和弱勢群體。基於這個宗旨，對於無法負擔醫療照護費用的患者，我們提供財務補助。

依您的要求，我們已經提供您財務補助申請書。請填寫好申請書的兩面，包括您的**簽名與日期**，之後再送回給患者財務服務部門處理。

除申請書頁面外，您必須提交說明家庭成員之全部收入的收入證明文件，我們才會予以受理。不完整的申請將不予受理。**此外，我們要求在評估慈善受助資格之前，利用所有其他可用的資金來源。**

基於確定資格的目的，收入包括所有來源的年度/每月稅前現金總收入，包括但不僅限於：

- 任何所得稅扣抵之前的貨幣工資與薪水
- 農場自僱的淨收入（以所有權人、承租者或佃農經營之農場，在扣除所有農場營業費用之後的收入）
- 非農場自僱的淨收入（來自個人非公司企業、專業企業或合作關係之扣除營業費用之後的收入）
- 社會安全福利金
- 鐵路退休福利金
- 失業補助
- 工會基金的罷工福利
- 工傷賠償
- 退伍軍人福利
- 公共補助（包括撫養未成年兒童家庭援助 (Aid to Families with Dependent Children) 或貧困家庭臨時救助 (Temporary Assistance for Needy Families, TANF)、社會安全生活補助金 (Supplemental Security Income, SSI) 等）
- 培訓津貼
- 贍養費或子女撫養金
- 軍眷配股或來自缺席的家庭成員或不住在家裡之成員的其他定期補助
- 養老金（私人、政府、軍隊退休、年金）
- 學院或大學獎學金、津貼、助學金與助研金
- 股息與利息
- 租金收入
- 房產或信託的定期收入
- 博彩與彩券彩金淨得

收入證明文件包括以下文件：

- 最近一年的報稅單 [**首選**]
- 每位工作之家庭成員的最近兩期薪資單
- 以公司信紙書寫、證明薪水的雇主信函
- 失業福利金的通知
- 社會安全收入證明
- 定期從信託或退休收入提領資金的證明
- 家庭成員的佐證信函 [**最好是經公證的信函**]
- 其他收入形式的證明文件；子女撫養金、贍養費等
- 政府補助計劃認定的信函；糧食券、WIC、補貼住房等等
- 任何公共資助計劃或第三方付款來源的認定信函
- 正式的在校成績單
- 地址證明；3 個月內的水電費帳單、銀行對帳單、信用卡帳單等等

(接續背面)

請注意：財務補助並不是要取代合理的財務規劃、健康保險給付，或您可能符合資格的可用公共資助。

如果對於填寫本表單有疑問或需要協助，請撥打下列電話：

<b>Ascension Seton</b> 本地：(512) 324-1125 選取選項 4，接著選取選項 3 長途免付費： 1-800-749-7624 選取選項 4，接著選取選項 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	

請將填妥的申請書與收入證明文件寄到以下所列的適當地址：

<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	

謹致敬意，

患者財務服務部  
**Ascension Seton**

## 財務補助申請書

Seton 帳戶編號 : \_\_\_\_\_ 帳戶餘額 : \_\_\_\_\_ MRN : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

患者姓名 : \_\_\_\_\_  
 社會安全號碼 : \_\_\_\_\_ 出生日期 : \_\_\_\_\_ 婚姻狀態 : \_\_\_\_\_  
 保證人 : \_\_\_\_\_ 保證人的社會安全號碼 : \_\_\_\_\_  
 街道地址 : \_\_\_\_\_ 電話號碼 : \_\_\_\_\_  
 城市 : \_\_\_\_\_ 國家 : \_\_\_\_\_ 州 : \_\_\_\_\_ 郵遞區號 : \_\_\_\_\_

### 收入資訊

撫養人數 : \_\_\_\_\_ 有收入的人數 : \_\_\_\_\_ 每月薪資總額 : 美元 \_\_\_\_\_  
 每月失業補助金 : 美元 \_\_\_\_\_ 每月子女撫養費 : 美元 \_\_\_\_\_ 每月贍養費 : 美元 \_\_\_\_\_  
 信託基金收入 : 美元 \_\_\_\_\_ 每月 SSI 福利 : 美元 \_\_\_\_\_ 其他每月收入 : 美元 \_\_\_\_\_  
 每月总收入 : 美元 \_\_\_\_\_

\*對於列舉的各種收入必須提供證明文件\*

### 政府補助

\*請勾選所有適用的項目\*

- 糧食券       WIC (女性、嬰兒及兒童)       補貼住房  
 MAP    CCHC    德州 Medicaid/CHIP    Medicaid (德州以外各州) : \_\_\_\_\_  
 郡貧困關懷計劃 (郡名) : \_\_\_\_\_  
 Seton Care Plus (SCP)    Music Seton Care Plus (MSCP)

\*對於勾選的各種補助必須提供證明文件\*

### 資產資訊區段

\*填寫全部適用的價值\*

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 股票      價值 _____ 美元<br><input type="checkbox"/> IRA      價值 _____ 美元<br><input type="checkbox"/> 船隻      價值 _____ 美元<br><input type="checkbox"/> RV      價值 _____ 美元 | <input type="checkbox"/> 債券      價值 _____ 美元<br><input type="checkbox"/> 第二住所      價值 _____ 美元<br><input type="checkbox"/> 收藏汽車      價值 _____ 美元<br><input type="checkbox"/> 非必要汽車      價值 _____ 美元<br><input type="checkbox"/> 其他奢侈品      價值 _____ 美元 |
|---|--|

資產總價值 \_\_\_\_\_ 美元

-----  
**保證書：**我證明就我所知所信，以上資訊真實無訛、正確無誤且完整無遺。本人瞭解可基於無償護理報告的目的披露資訊。

患者/保證人簽名： \_\_\_\_\_ 日期： \_\_\_\_\_

填寫人： \_\_\_\_\_ 日期： \_\_\_\_\_