

Kính gửi Bệnh Nhân,

Cảm ơn quý vị vì đã chọn Ascension Seton. Ascension Seton là một đoàn mục vụ y tế theo Công giáo có sứ mệnh thúc đẩy chúng tôi chăm sóc và cải thiện sức khỏe cho những bệnh nhân mà chúng tôi phục vụ với mối quan tâm đặc biệt đến người nghèo và người dễ bị tổn thương. Để thực hiện sứ mệnh của mình, chúng tôi có dịch vụ hỗ trợ tài chính cho các bệnh nhân không đủ khả năng chi trả cho các dịch vụ chăm sóc y tế.

Theo yêu cầu của quý vị, chúng tôi đã cung cấp cho quý vị mẫu đơn xin hỗ trợ tài chính. Vui lòng điền đầy đủ vào cả hai mặt, bao gồm **chữ ký** của quý vị và **ngày** trước khi gửi lại cho bộ phận Dịch Vụ Tài Chính Bệnh Nhân để được giải quyết.

Ngoài các trang trong mẫu đơn xin, quý vị được yêu cầu nộp hồ sơ chứng minh thu nhập cho tất cả các khoản thu nhập trong gia đình của quý vị để đơn xin được xem xét. Các đơn xin không hoàn chỉnh sẽ không được giải quyết.

Ngoài ra, chúng tôi yêu cầu tất cả các nguồn tài trợ hiện có sẽ được sử dụng trước khi đánh giá điều kiện hội đủ được nhận từ thiện.

Để xác định điều kiện hội đủ, thu nhập bao gồm tất cả các khoản nhận tiền mặt hàng năm/hàng tháng trước thuế từ tất cả các nguồn, bao gồm nhưng không giới hạn:

- Tiền lương và tiền công trước khi khấu trừ
- Khoản tiền thực nhận từ việc tự kinh doanh nông trại (các khoản tiền nhận được từ nông trại hoạt động với tư cách là chủ sở hữu, người làm thuê, hoặc người lãnh canh, sau khi khấu trừ các khoản chi phí hoạt động nông trại)
- Khoản tiền thực nhận từ việc tự kinh doanh không thuộc nông trại (các khoản tiền nhận được từ doanh nghiệp không được thành lập, công ty chuyên môn, hoặc đối tác của riêng người đó sau khi khấu trừ các chi phí kinh doanh)
- An Sinh Xã Hội
- Hưu trí hỏa xa
- Bồi thường thất nghiệp
- Phúc lợi đình công từ các quỹ nghiệp đoàn
- Tiền bồi thường tai nạn nghề nghiệp của công nhân
- Phúc lợi cựu chiến binh
- Hỗ trợ công cộng (bao gồm Hỗ Trợ Cho Gia Đình Có Con Phụ Thuộc hoặc Hỗ Trợ Tạm Thời cho Gia Đình Túng Thiếu [Temporary Assistance for Needy Families, TANF], Thu Nhập An Sinh Bổ Sung [Supplemental Security Income, SSI], v.v.)
- Thu nhập chính thức từ đào tạo
- Tiền trợ cấp cho vợ hoặc cấp dưỡng nuôi con
- Khoản tiền chia dành cho gia đình quân nhân hoặc hỗ trợ định kỳ khác từ thành viên gia đình vắng mặt hoặc một người không sống trong hộ gia đình
- Hưu trí (tư nhân, chính phủ, giải ngũ, niên kim)
- Học bổng, trợ cấp, học bổng nghiên cứu cứu sinh, và sinh viên cao học của trường Đại Học hoặc Cao Đẳng
- Cổ tức và tiền lãi
- Thu nhập tài sản cho thuê
- Khoản tiền nhận được định kỳ từ bất động sản hoặc tín thác
- Tiền thắng cược đánh bài và xổ số

Hồ sơ bằng chứng thu nhập bao gồm như sau:

- Tờ khai thuế năm gần nhất [**PREFERRED**]
- Hai phiếu lương gần nhất cho từng thành viên gia đình đang làm việc
- Thư từ chủ lao động có *tiêu đề công ty* xác nhận khoản tiền đền bù
- Thông báo về phúc lợi thất nghiệp

(Tiếp tục ở mặt sau)

- Bằng chứng về thu nhập An Sinh Xã Hội
- Bằng chứng về tiền rút thường xuyên từ ủy thác hoặc thu nhập nghỉ hưu
- Thư hỗ trợ từ thành viên gia đình [**Notary Preferred**]
- Hồ sơ về các hình thức thu nhập khác; *Trợ cấp nuôi con, Trợ cấp cho vợ, v.v*
- Thư xác nhận về các chương trình hỗ trợ của chính phủ; *Tem Phiếu Thực Phẩm, WIC, Nhà Ở Trợ Cấp, v.v.*
- Thư xác nhận về bất kỳ chương trình được cộng đồng tài trợ hoặc các nguồn thanh toán bên thứ ba nào
- Bảng điểm chính thức của trường học
- Bằng chứng về địa chỉ; *hóa đơn điện nước, bản sao kê ngân hàng, bản sao kê thẻ tín dụng, v.v. trong vòng 3 tháng gần đây*

Vui lòng lưu ý: Hỗ trợ tài chính không được dùng để thay thế kế hoạch tài chính hợp lý, bảo hiểm y tế hoặc nguồn quỹ công có sẵn mà quý vị có thể hội đủ điều kiện thụ hưởng.

Nếu quý vị có thắc mắc hoặc cần hỗ trợ hoàn thành mẫu đơn này, vui lòng gọi điện đến các đơn vị theo chỉ dẫn bên dưới:

Ascension Seton ĐỊA PHƯƠNG: (512) 324-1125 <i>Chọn Tùy Chọn #4, rồi chọn Tùy Chọn #3</i> Số Điện Thoại Đường Dài Miễn Phí: 1-800-749-7624 <i>Chọn Tùy Chọn #4, rồi chọn Tùy Chọn #3</i>	Ascension Seton Smithville (512) 237-5742	Ascension Medical Group (512) 324-8960
	Ascension Seton Shoal Creek (512) 324-2025	

Vui lòng gửi đơn xin hoàn chỉnh của quý vị và các hồ sơ bằng chứng về thu nhập qua đường bưu điện đến địa chỉ thích hợp dưới đây:

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

Trân trọng kính chào,

Dịch Vụ Tài Chính Bệnh Nhân

Ascension Seton

Đơn Xin Hỗ Trợ Tài Chính

Số Tài Khoản Seton: _____ Số Dư Tài Khoản: _____ Số Y Bạ: _____

Tên Bệnh Nhân: _____
 Số An Sinh Xã Hội _____ Ngày Sinh: _____ Tình Trạng Hôn Nhân: _____
 Người Bảo Lãnh: _____ Số An Sinh Xã Hội Của Người Bảo Lãnh: _____
 Địa Chỉ Đường Phố: _____ Số Điện Thoại: _____
 Thành Phố: _____ Quận: _____ Tiểu Bang: _____ Mã Zip: _____

Thông Tin Thu Nhập

Số Người Phụ Thuộc: _____ Số Cá Nhân Có Thu Nhập: _____ Tổng Tiền Lương Hàng Tháng: \$ _____
 Trợ Cấp Thất Nghiệp Hàng Tháng: \$ _____ Trợ Cấp Nuôi Con Hàng Tháng: \$ _____
 Tiền Cấp Dưỡng Hàng Tháng: \$ _____ Tiền Thu từ Quỹ Tín Thác: \$ _____
 Phúc Lợi Thu Nhập ASXH Hàng Tháng: \$ _____ Thu Nhập Hàng Tháng Khác: \$ _____
TỔNG THU NHẬP HÀNG THÁNG \$ _____

QUÝ VỊ CẦN CUNG CẤP TÀI LIỆU CHỨNG MINH CHO TỪNG LOẠI THU NHẬP ĐÃ LIỆT KÊ

Hỗ Trợ Của Chính Phủ

*Vui lòng **ĐÁNH DẤU** những ô áp dụng*

Phiếu Lương Thực WIC (Phụ Nữ, Trẻ Sơ Sinh và Trẻ Em) Nhà Ở Trợ Cấp
 MAP CCHC Texas Medicaid/CHIP Medicaid (một tiểu bang *không phải* Texas): _____
 Chương Trình Chăm Sóc Người Nghèo Của Quận (tên quận): _____
 Seton Care Plus (SCP) Music Seton Care Plus (MSCP)

QUÝ VỊ CẦN CUNG CẤP TÀI LIỆU CHỨNG MINH CHO TỪNG LOẠI HỖ TRỢ ĐÃ ĐÁNH DẤU

Mục Thông Tin Tài Sản

*Bao gồm **tất cả** các giá trị có thể áp dụng*

<input type="checkbox"/> Cổ Phiếu	Giá Trị \$ _____	<input type="checkbox"/> Trái Phiếu	Giá Trị \$ _____
<input type="checkbox"/> IRA	Giá Trị \$ _____	<input type="checkbox"/> Nhà Ở Phụ	Giá Trị \$ _____
<input type="checkbox"/> Tàu Thuyền	Giá Trị \$ _____	<input type="checkbox"/> Ô Tô Sơu Tầm	Giá Trị \$ _____
<input type="checkbox"/> RV	Giá Trị \$ _____	<input type="checkbox"/> Ô Tô Không Cần Thiết	Giá Trị \$ _____
		<input type="checkbox"/> Các Mặt Hàng Xa Xỉ Khác	Giá Trị \$ _____

TỔNG GIÁ TRỊ TÀI SẢN \$ _____

CHỨNG NHẬN: Tôi chứng nhận theo hiểu biết tốt nhất và niềm tin chắc chắn của tôi rằng thông tin ở trên là đúng, chính xác và đầy đủ. Tôi hiểu rằng thông tin có thể được tiết lộ cho mục đích báo cáo về dịch vụ chăm sóc không được bồi thường.

Chữ Ký Của Bệnh Nhân/Người Bảo Lãnh: _____ Ngày: _____
 Người Hoàn Thành: _____ Ngày: _____