



尊敬的患者：

感谢您选择 Saint Thomas Health 来满足您的医疗需求。为患者提供经济援助是我们的使命和特权。

根据您的请求，我们已提供了随附的经济援助申请表。请填写正反两面，包括签名和日期，然后根据提供服务的地点，将申请表发回至相应的地址、电子邮件或传真号码。

随附申请表，请至少提交以下一项，以作为您的收入证明。如果您已婚，或与配偶生活超过六 (6) 个月，那么在处理申请前，同样需要对方的收入证明。

- 证明您最近 3 个月的总收入（税前）工资单副本。 - 或者 -
- 您最近的纳税申报表完整副本；如果您是个体经营者，请附上**所有**明细表。 - 或者 -
- 证明社会保险、养老金/退休存款的当前社会保险、养老金/退休金授予书或银行结单的副本，或最近社会保险、养老金/退休支票的副本 - 或者 -
- 25 岁及 25 岁以下的所有学生，如果被列为其父母的家属，则必须提供其父母的最近纳税申报表副本。 - 或者 -
- 其他：如果您获得来自家人或朋友的援助，或与家人或朋友同住家中，请让他们填写随附的标记为“支持信”的表格。此表格不会让他们对您的医疗账单负责。此表格仅会用于证明您有能力承担生活费用。如果没有获得援助，则无需填写“支持信”。

我们必须收到完整申请书以及收入证明，以便考虑您的申请。未完整填写的申请书将不予处理。

如需了解您供应商的电话号码或应提交申请表的地址，请参考此页背面。

此致，

患者财务服务部
Saint Thomas Health



Saint Thomas Health

提供商名称	电话号码	地址	传真号码	电子邮件地址
Saint Thomas West	(615) 222-6638	STHe Financial Asst. PO Box 380 Nashville, TN 37202	(615) 222-7700	
Saint Thomas Midtown	(615) 284-5340	STHe Financial Asst. PO Box 380 Nashville, TN 37202	(615) 222-7700	
Saint Thomas Rutherford	(615) 222-6638	STHe Financial Asst. PO Box 380 Nashville, TN 37202	(615) 222-7700	
Saint Thomas 医疗合作伙伴 (医师)	(844) 686-2555	STHe Financial Asst. 10330 N. Meridian #200 Indianapolis, IN 46290	(317) 981-6312	
Saint Thomas Highlands	(877) 348-7082	STHe Financial Asst. 520 West Main Street Smithville, TN 37166	(931) 738-2669	
Saint Thomas Dekalb	(877) 348-7082	STHe Financial Asst. 520 West Main Street Smithville, TN 37166	(931) 738-2669	
Saint Thomas River Park	(877) 348-7082	STHe Financial Asst. 520 West Main Street Smithville, TN 37166	(931) 738-2669	
Saint Thomas Stones River	(877) 348-7082	STHe Financial Asst. 520 West Main Street Smithville, TN 37166	(931) 738-2669	
Saint Thomas Hickman	(931) 729-6800	STHe Financial Asst. 135 E. Swan Street Centerville, TN 37033		
Lab Plus	(615) 284-2773	Lab Plus LLC Attn: Hilda Bishop 2000 Church Street Nashville, TN 37236		
Saint Thomas 专业手术中心	(615) 341-7500	STHe Financial Asst. 2011 Murphy Ave Suite 400 Nashville, TN 37203		STHSSFinAssist@uspi.com
Saint Thomas EMS	(877) 664-4076	STHe Financial Asst. PO Box 681787 Franklin, TN 37064	(615) 236-4040	
浸礼会门诊手术中心 (Baptist Ambulatory Surgery Center)	(615) 321-7730	STHe Financial Asst. 312 21st Ave. North Nashville, TN 37203		
Saint Thomas 睡眠中心	(615) 222-6638	STHe Financial Asst. PO Box 380 Nashville, TN 37202	(615) 222-7700	

申请的经济援助类型:

慈善医疗福利

资格预审

申请的提供商/机构:

				病历号	
				账户号码	
患者信息 (请以正楷书写)					
患者姓名	出生日期	婚姻状况	性别	电话号码	
地址	城市	州	邮编	电子邮件地址	
社会保险号码	雇主		就业状况	每周工作时数	
雇主地址	城市	州	邮编	电话号码	

责任方/担保人信息 (如果内容同上, 请留空)

姓名	出生日期	婚姻状况	性别	电话号码	
地址	城市	州	邮编	电子邮件地址	
社会保险号码	雇主		就业状况	每周工作时数	
雇主地址	城市	州	邮编	电话号码	

责任方配偶信息

配偶姓名	社会保险号码		出生日期		
配偶雇主	地址	城市	州	邮编	电话号码

家属

姓名	年龄	亲属关系	姓名	年龄	亲属关系

家庭总人数

支持信

病历号/账号 _____

支持者姓名 _____

与患者的关系 _____

支持者地址 _____

致 Saint Thomas Health:

此为通知 (患者姓名) _____
有很少或没有收入, 我正在为她的/他的生活费用提供援助。他/她对我有很少或没有义务。

通过签署本声明, 我同意, 所提供的信息为据我所知的真实信息。

支持者签名

日期