



尊敬的患者：

感謝您選擇 Saint Thomas Health 來滿足您的醫療需求。為患者提供經濟援助是我們的使命和特權。

根據您的請求，我們已提供了隨附的經濟援助申請表。請填寫正反兩面，包括簽名和日期，然後根據提供服務的地點，將申請表發回至相應的地址、電子郵件或傳真號碼。

隨附申請表，請至少提交以下一項以作為您的收入證明。如果您已婚，或與配偶生活超過六(6)個月，那麼在處理申請前，同樣需要對方的收入證明。

- 證明您最近 3 個月的總收入（稅前）工資單副本。 - ~~或者~~
- 您最近的納稅申報表完整副本；如果您是個體經營者，請附上所有明細表。 - ~~或者~~
- 證明社會安全、養老金/退休存款的當前社會安全、養老金/退休金授予書或銀行結單的副本，或最近社會保險、養老金/退休支票的副本 - ~~或者~~
- 25 歲及 25 歲以下的所有學生，如果被列為其父母的家屬，則必須提供其父母的最近納稅申報表格副本。 - ~~或者~~
- 其他：如果您獲得來自家人或朋友的援助，或與家人或朋友同住家中，請讓他們填寫隨附的標記為「支援信」的表格。此表格不會讓他們對您的醫療帳單負責。此表格僅會用於證明您有能力承擔生活費用。如果沒有獲得援助，則無需填寫「支援信」。

我們必須收到完整申請書以及收入證明，以便考慮您的申請。未完整填寫的申請書將不予處理。

如需瞭解您供應商的電話號碼或應提交申請表的地址，請參考此頁背面。

此致，

患者財務服務部
Saint Thomas Health



Saint Thomas Health

提供商名稱	電話號碼	地址	傳真號碼	電子郵件地址
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 醫療合作夥伴 (醫師)	(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 專業手術中心	(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	
浸禮會門診手術中心 (Baptist Ambulatory Surgery Center)	(615) 321-7730	STHe Financial Asst. 312 21 st 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	

申請的經濟援助類型：

慈善醫療福利

資格預審

申請的提供商/機構：

患者資訊 (請以正楷書寫)				病歷號	
				帳號	
患者姓名	出生日期	婚姻狀況	性別	電話號碼	
地址	城市	州	郵遞區號	電子郵件地址	
社會安全號碼	雇主		就業狀況	每週工作時數	
雇主地址	城市	州	郵遞區號	電話號碼	

責任方/擔保人資訊 (如果內容同上，請留空)

姓名	出生日期	婚姻狀況	性別	電話號碼	
地址	城市	州	郵遞區號	電子郵件地址	
社會安全號碼	雇主		就業狀況	每週工作時數	
雇主地址	城市	州	郵遞區號	電話號碼	

責任方配偶資訊

配偶姓名	社會安全號碼		出生日期		
配偶雇主	地址	城市	州	郵遞區號	電話號碼

家屬

姓名	年齡	關係	姓名	年齡	關係

家庭總人數

申請者勞動收入	_____	房屋貸款/租金	_____
申請者配偶收入	_____	電	_____
社會安全福利	_____	天然氣	_____
養老金/退休收入	_____	電話	_____
失業補償金	_____	水	_____
勞工賠償金	_____	生活用品	_____
利息/股利收益	_____	有線電視	_____
子女撫養費	_____	汽車貸款	_____
贍養費	_____	電話	_____
出租房屋收入	_____	日托	_____
食品救濟券	_____	子女撫養費/贍養費	_____
其他	_____	處方藥	_____
其他	_____	信用卡：	_____
總收入：	\$	1.信用卡 1- _____	_____
		2.信用卡 2- _____	_____
		3.信用卡 3- _____	_____
		其他醫生/	
		醫院帳單：	
		醫生/醫院帳單 1- _____	_____
		醫生/醫院帳單 2- _____	_____
		醫生/醫院帳單 3- _____	_____
		醫生/醫院帳單 4- _____	_____
		保險費用：	
		1.汽車	_____
		2.財產	_____
		3.醫療/人壽	_____
		其他貸款支付：	
		1.貸款支付 - _____	_____
		2.貸款支付 - _____	_____
		其他每月付款：	
		1.其他付款- _____	_____
		2.其他付款- _____	_____
		3.其他付款- _____	_____
		每月總費用：	\$

注釋：

特此證明，上述資訊為據我所知的真實且完整的資訊。我特此授權醫院可從外部信用報告機構獲取資訊，前提是醫院認為有必要。

支援信

病歷號/帳號 _____

支援者姓名 _____

與患者的關係 _____

支援者地址 _____

致 Saint Thomas Health :

此為告知您 (患者姓名) _____
有很少或沒有收入，我正在為她的/他的生活費用提供援助。他/她對我有很少或沒有義務。

透過簽署本聲明，我同意，所提供的資訊為據我所知的真實資訊。

支援者簽名

日期