



Saint Thomas  
Health

Kính gửi Quý Bệnh nhân,

Cảm ơn quý vị đã lựa chọn Saint Thomas Health cho các nhu cầu chăm sóc sức khỏe của mình. Cung cấp hỗ trợ tài chính cho bệnh nhân là sứ mệnh và đặc quyền của chúng tôi.

Theo yêu cầu của quý vị, chúng tôi cung cấp hồ sơ xin hỗ trợ tài chính đính kèm. Vui lòng hoàn thành cả hai mặt, ký tên và ghi ngày trước khi gửi lại hồ sơ đến địa chỉ, email hoặc số fax thích hợp dựa theo nơi đã cung cấp dịch vụ.

Cùng với hồ sơ xin hỗ trợ, vui lòng nộp ít nhất **một** trong các giấy tờ sau đây làm bằng chứng thu nhập của quý vị. Nếu quý vị đã lập gia đình hoặc sống với người khác từ sáu (6) tháng trở lên, quý vị cũng cần phải có bằng chứng về thu nhập của người đó trước khi hồ sơ có thể được xử lý.

- Bản sao của 3 phiếu lương gần đây nhất cho thấy tổng thu nhập (trước thuế). **-HOẶC-**
- Bản sao hoàn chỉnh bản khai thuế gần đây nhất của quý vị; nếu tự kinh doanh, vui lòng bao gồm **TẤT CẢ** các bản liệt kê. **-HOẶC-**
- Bản sao An sinh Xã hội hiện tại, Thư Nhận Lương hưu/Hưu trí HOẶC Bản Sao kê Ngân hàng cho thấy An sinh Xã hội, Tiền Lương hưu/Hưu trí HOẶC Bản sao An sinh Xã hội, Phiếu Lương hưu/Hưu trí gần đây nhất **-HOẶC-**
- Tất cả học sinh/sinh viên từ 25 tuổi trở xuống phải nộp bản sao biểu mẫu kê khai thuế gần đây nhất của cha mẹ nếu học sinh/sinh viên đó được liệt kê là người phụ thuộc trong bản kê khai thuế của cha mẹ mình. **-HOẶC-**
- Khác: Nếu quý vị nhận hỗ trợ hoặc sống cùng nhà với gia đình hoặc bạn bè, vui lòng yêu cầu họ hoàn thành biểu mẫu đính kèm "Letter of Support" (Thư Hỗ trợ). Việc này sẽ **KHÔNG** buộc họ phải chịu trách nhiệm về hóa đơn y tế của quý vị. Việc này chỉ để cho thấy quý vị có khả năng chi trả các chi phí sinh hoạt như thế nào. Nếu quý vị không nhận hỗ trợ, quý vị không cần hoàn thành Thư Hỗ trợ.

Phải nộp hồ sơ hoàn chỉnh cùng với bằng chứng về thu nhập để được xem xét. Hồ sơ chưa hoàn chỉnh sẽ không được xử lý.

Để có số điện thoại của nhà cung cấp hoặc địa chỉ nộp hồ sơ, vui lòng tham khảo trang sau.

Trân trọng,

Dịch vụ Tài chính Bệnh nhân  
Saint Thomas Health



# Saint Thomas Health

<b>Tên Nhà Cung cấp</b>	<b>Số Điện thoại</b>	<b>Địa chỉ</b>	<b>Số Fax</b>	<b>Địa chỉ Email</b>
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 Medical Partners (Physicians)	(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 W Main Street Smithville, TN 37166	(931) 738-2669	
Saint Thomas Dekalb	(877) 348-7082	STHe Financial Asst. 520 W Main Street Smithville, TN 37166	(931) 738-2669	
Saint Thomas River Park	(877) 348-7082	STHe Financial Asst. 520 W Main Street Smithville, TN 37166	(931) 738-2669	
Saint Thomas Stones River	(877) 348-7082	STHe Financial Asst. 520 W 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 Center for Specialty Surgery (Trung tâm Phẫu thuật Chuyên khoa Saint Thomas)	(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	
Baptist Ambulatory Surgery Center (Trung tâm Phẫu thuật Di động Baptist)	(615) 321-7730	STHe Financial Asst. 312 21 <sup>st</sup> Ave. North Nashville, TN 37203		
Saint Thomas Center for Sleep (Trung tâm về Giấc ngủ Saint Thomas)	(615) 222-6638	STHe Financial Asst. PO Box 380 Nashville, TN 37202	(615) 222-7700	

Loại Hỗ trợ Tài chính Được Yêu cầu:

Từ thiện

Xác nhận trước là đủ điều kiện

Nhà Cung cấp/Cơ sở Được Yêu cầu:

THÔNG TIN BỆNH NHÂN (VUI LÒNG VIẾT IN HOA)				Số Hồ sơ Y tế
				Số Tài khoản
Tên Bệnh nhân	Ngày sinh	Tình trạng Hôn nhân	Giới tính	Số Điện thoại
Địa chỉ	Thành phố	Tiểu bang	Mã Zip	Địa chỉ Email
Số An sinh Xã hội	Chủ Sử dụng Lao động		Tình trạng Công việc	Bao nhiêu giờ/tuần
Địa chỉ Chủ Sử dụng Lao động	Thành phố	Tiểu bang	Mã Zip	Số Điện thoại

**THÔNG TIN NGƯỜI GIÁM HỘ / BÊN CÓ TRÁCH NHIỆM (Đề Trống nếu Giống Thông tin ở trên)**

Tên	Ngày sinh	Tình trạng Hôn nhân	Giới tính	Số Điện thoại
Địa chỉ	Thành phố	Tiểu bang	Mã Zip	Địa chỉ Email
Số An sinh Xã hội	Chủ Sử dụng Lao động		Tình trạng Công việc	Bao nhiêu giờ/tuần
Địa chỉ Chủ Sử dụng Lao động	Thành phố	Tiểu bang	Mã Zip	Số Điện thoại

**THÔNG TIN VỢ/CHỒNG BÊN CÓ TRÁCH NHIỆM**

Tên Vợ/Chồng	Số An sinh Xã hội		Ngày sinh
Chủ Sử dụng Lao động của Vợ/Chồng	Địa chỉ	Thành phố	Tiểu bang
		Mã Zip	Số Điện thoại

**NGƯỜI PHỤ THUỘC**

Tên	Tuổi	Mối quan hệ	Tên	Tuổi	Mối quan hệ

Số Người trong Hộ Gia đình

Thu nhập của Người Nộp đơn	_____	Thế chấp/Thuê	_____
Thu nhập của Vợ/Chồng Người Nộp đơn	_____	Điện	_____
Phúc lợi An sinh Xã hội	_____	Ga	_____
Thu nhập Lương hưu/Hưu trí	_____	Điện thoại	_____
Bồi thường Thất nghiệp	_____	Nước	_____
Bồi thường cho Người Lao động	_____	Đồ tạp hóa	_____
Thu nhập Lãi suất / Cổ tức	_____	TV truyền hình cáp	_____
Trợ cấp nuôi con	_____	Thanh toán Ô tô	_____
Tiền cấp dưỡng cho vợ/chồng	_____	Điện thoại Di động	_____
Thu nhập Tài sản Cho thuê	_____	Chăm sóc Ban ngày	_____
Tem Thực phẩm	_____	Trợ cấp nuôi con/Tiền cấp dưỡng cho vợ/chồng	_____
Khác	_____	Thuốc theo toa	_____
Khác	_____	<b>Thẻ Tín dụng:</b>	_____
<b>TỔNG THU NHẬP GỘP:</b>	\$ _____	1. Thẻ Tín dụng 1 - _	_____
		2. Thẻ Tín dụng 2 - _	_____
		3. Thẻ Tín dụng 3 - _	_____
<b>TỔNG THU NHẬP - CHI PHÍ:</b>	\$ _____	<b>Hóa đơn Bác sĩ /</b>	_____
		<b>Bệnh viện Khác:</b>	_____
		Hóa đơn Bác sĩ/Bệnh viện 1-	_____
		Hóa đơn Bác sĩ/Bệnh viện 2-	_____
		Hóa đơn Bác sĩ/Bệnh viện 3-	_____
		Hóa đơn Bác sĩ/Bệnh viện 4-	_____
		<b>Chi phí Bảo hiểm:</b>	_____
		1. Xe cộ	_____
		2. Tài sản	_____
		3. Y tế / Nhân thọ	_____
		<b>Các Khoản Thanh toán Nợ Khác:</b>	_____
		1. Thanh toán Nợ-	_____
		2. Thanh toán Nợ-	_____
		<b>Các Khoản Thanh toán Hàng tháng Khác:</b>	_____
		1. Khoản Thanh toán Khác-	_____
		2. Khoản Thanh toán Khác-	_____
		3. Khoản Thanh toán Khác-	_____
		<b>TỔNG CHI PHÍ HÀNG THÁNG:</b>	\$ _____

**NHẬN XÉT:**

---



---



---



---

Bằng văn bản này, tôi xác nhận rằng các thông tin trên là chính xác và đầy đủ theo hiểu biết tốt nhất của tôi. Bằng văn bản này, tôi ủy quyền cho bệnh viện nhận thông tin từ các cơ quan báo cáo tín dụng bên ngoài nếu bệnh viện thấy cần thiết.

## Thư Hỗ Trợ

Số Hồ sơ Y tế /  
Số Tài khoản

\_\_\_\_\_

Tên Người Hỗ trợ

\_\_\_\_\_

Mối Quan hệ với Bệnh nhân

\_\_\_\_\_

Địa chỉ của Người Hỗ trợ

\_\_\_\_\_

Kính gửi Saint Thomas Health:

Thư này báo cáo rằng (*tên bệnh nhân*) \_\_\_\_\_  
không có thu nhập hoặc thu nhập rất thấp và tôi đang hỗ trợ chi phí sinh hoạt cho người này.  
Người này không có hoặc có rất ít nghĩa vụ với tôi.

Bằng cách ký vào bản xác nhận này, tôi đồng ý rằng các thông tin được cung cấp là chính xác theo hiểu biết tốt nhất của tôi.

\_\_\_\_\_

Chữ ký của Người Hỗ trợ

\_\_\_\_\_

Ngày