

尊敬的患者/申请人：

克罗斯溪（Cross Creek）与阿森松·塞顿（Ascension Seton）医院秉持仁爱之心，致力于为所有人-特别是最需要帮助的人-提供个性化的护理。为患者提供财务援助是我们的使命，也是我们的荣幸。财务援助仅适用于急诊和其他医疗必需护理。感谢您信任我们为您和您的家人提供所有医疗健康服务。

我们发送此信及随附的财务援助申请表，是因为我们收到了您的申请请求。如果您未提出该请求，请忽略此信。请在返还申请表前完整填写正反两面，签名并注明日期。如果您在过去六个月内已经提交过申请并获得了财务援助批准，请告知我们，您可能无需再填写新的申请表。我们将不予考虑超过六个月前提交的申请。

在提交申请表的同时，请提供下列至少一项的复印件，作为您的收入证明。如果您已婚或与伴侣同居已达 6 个月或更长时间，对方也需要提供下列至少一项的复印件，作为其收入证明，这样申请才可以进入处理流程。

- 由雇主出具的最近 3 份工资单复印件
- 最近一年的报税申报表复印件（如果是自雇人士，需包含所有附表）
- 社会安全金和/或养老金退休金核定通知书
- 如果申请人是报税申报表上所列的受抚养人且未满 25 岁，则需提供父母或监护人最近一年的报税申报表
- 其他收入证明文件
- 最近三个月的银行对账单复印件
- 失业救济金收据复印件

如果您正接受家人或朋友的资助，或与他们同住，请让他们填写随附的《资助信》表格。此举不会使他们对您的医疗账单承担责任。

这将有助于说明您如何负担生活费用。如果您没有从家人和朋友处获得任何资助，则无需填写《资助信》表格。

最后，请同时提供文件以证明您每月有未偿还的医疗及药房/药品费用。

请注意，必须收到完整的申请表和收入证明后，申请才会被考虑。我们无法处理或考虑不完整的申请。

请记住，通过互联网发送的电子邮件通信是不安全的。虽然可能性极低，但您在电子邮件中包含的信息有可能被收件人之外的其他人截获并读取。

我们希望保护您的个人信息并确保其安全。由于申请表中包含您的社会安全号码和其他私人信息，我们强烈建议您不要通过电子邮件发送。

请打印并通过邮寄或亲自递交的方式，将填写完整的申请表提交至以下地址：

**8402 Cross Park Dr
Austin, TX 78754**

如果您对该申请有任何疑问，请致电 512-215-3900 联系我们的业务办公室财务顾问。

此致，

患者财务服务部

克罗斯溪（Cross Creek）与阿森松·塞顿（Ascension Seton）医院