

## **Twin City Medical Center** 経済的支援申請書の提出要領

これは、**CommonSpirit Health (NHSC 承認施設)** への経済的支援申請書です。

一定の所得要件を満たす方およびご家族に対して、**CommonSpirit Health** は経済的支援を提供します。医療保険に加入している場合でも、ご家族の規模や収入に応じて、医療ケアを無償または割引料金で受けることができます。世帯所得が連邦貧困ガイドライン (FPL) の 400%を下回る患者さんに支援を提供します。連邦貧困ガイドライン (FPL) の詳細については、<http://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines> をご覧ください。

経済的支援の対象となるサービスについて病院の経済的支援は、CommonSpirit Health が提供する適切な病院における医療サービスを対象とし、あなたの資格に応じて異なります。他の組織が提供するサービスを含め、すべての医療費が経済的支援の対象とはなるわけではない場合があります。

この申請を完了するのにご質問がある場合や支援が必要な場合：障がいや言語支援などを含むあらゆる理由に対して支援を受けることができます。以下にご連絡ください：844-428-7500

申請の処理を進めるには、以下が必要です：

- ご家族に関する情報の提供
- 月間世帯総所得 (税引き・控除前所得) の提供
- 世帯所得に関する書類の提供
- 必要に応じた追加情報の添付
- 申請書への署名および日付の記入

記入の完了した申請書にすべての書類を添えて以下の宛先まで郵送またはファックスしてください。Twin City Medical Center, Attn: Financial Counselor, 819 N First Street. Dennison, OH 44621  
ファックス：740-922-7412.写しを必ずご自身で保管してください。

対面で申請書を提出する場合、次の場所にお持ちください：Twin City Medical Center, 819 N. First St., Dennison, OH 44621

当病院は、適格性および不服申し立て権の最終決定を、該当する場合、所得関連の文書も含め、記入済みの経済的支援申請書を受領してから 30 暦日以内にあなたに通知します。

経済的支援申請書を提出することにより、あなたは、当病院が経済状況に関する義務および情報を確認するために必要な質問を行うことに同意するものとみなされます。

私たちは支援することを望んでいます。申請書を速やかにご提出ください。

あなたの情報を受領するまで、当病院からの請求書を受け取る可能性があります。

**Twin City Medical Center**  
**経済的支援申請書 (NHSC 承認施設) - 機密**

すべての情報を完全に記入してください。該当しない場合は、「NA (該当なし)」と記入してください。  
 必要に応じて用紙を追加してください。

**スクリーニング情報**

通訳者が必要ですか?  はい  いいえ 「はい」の場合、ご希望の言語をお知らせください:

フードスタンプやWIC (女性、乳幼児、児童)などの公共サービスを受けていますか?  はい  いいえ

患者さんの医療ケアの必要性は、車の事故や労災に関係していますか?  はい  いいえ

あなたが治療を受けたことのある CommonSpirit Health の病院を挙げてください。

**注意事項**

- あなたが申請を行った場合でも、当院が経済的支援を受ける資格を保証することはできません。
- あなたが申請書を送付された後、当院ですべての情報を確認し、追加情報または所得証明を要求する場合があります。

**患者および申請者情報**

患者の名	患者のミドルネーム	患者の姓
生年月日	患者アカウント番号:	主な連絡先電話番号 ( ) _____ ( ) _____
請求書の支払い責任を有する個人	患者との関係	生年月日
メールアドレス: _____		
郵送先住所 _____ _____		
市	州	ZIP コード
請求書の支払い責任を有する個人の雇用状況 <input type="checkbox"/> 雇用中 (入社日: _____) <input type="checkbox"/> 非雇用 (非雇用期間: _____) <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 障がい者 <input type="checkbox"/> 定年退職 <input type="checkbox"/> その他 (_____)		

**ご家族の情報**

あなたも含め、あなたのご家族全員について記載してください。「ご家族」とは、出生、婚姻または養子縁組によって関係を持つ2人以上の個人を指します。患者さんが所得税申告を行う個人と扶養関係にあることを主張する場合、その個人はこの申請書の目的において、患者さんのご家族とみなされます。

ご家族の規模 \_\_\_\_\_ 必要に応じて用紙をを追加してください

氏名	生年月日	患者との関係	18歳以上の場合： 雇用者の氏名または 収入源	18歳以上の場合： 月間総所得（税引き 前）：	この方も経済的 支援を申請され ますか？
					はい/いいえ
<p><b>成人した家族全員の所得を開示する必要があります。収入源には、例えば、以下のものが含まれます。</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 賃金 - 非雇用状況 - 自営業 - 労災補償 - 障害 - SSI</li> <li>- 配偶者給付/養育費 - 労働体験学習計画（学生） - 年金 - 退職所得</li> <li>- その他（具体的にお答えください）：</li> </ul>					

**Twin City Medical Center**  
経済的支援申請書 - 機密

**所得情報**

**注意事項：**申請書には所得証明書を添付する必要があります。

世帯所得に関する情報をご提供いただく必要があります。経済的支援の決定に際しては、所得の検証が必要になります。

**18歳以上のご家族は全員、所得を開示する必要があります。すべての特定された収入源について証明書をご提示ください。**

**所得証明の例には、以下のものが含まれます。**

- 去年の所得税申告書（該当する場合、別表を含む）
- 「W-2」源泉徴収票
- 現在の給与明細（3ヶ月間）
- 雇用主またはその他の個人が発行する書面による署名入りの文書
- 失業補償の受給資格の承認・拒否

所得証明がない場合、または収入がない場合は、基本的な生活費（住居費、食費、光熱費など）をどのように負担しているかを説明する署名入りの文書を添付してください。

**追加情報**

経済的な困窮、過度の医療費、季節的・一時的な収入、個人の損失など、ご存知の経済的状況に関するその他の情報がありましたら、これらを記載した追加のページを添付してください。

**患者の合意**

私は、経済的支援または支払い計画の適格性を判断するのを支援するために、CommonSpirit Health が、その他の情報源から情報を入手することにより、情報を検証する可能性があることを理解しています。

- 私は、私が提供した情報が、私の知る限り真実かつ正確であることを証明します。
- 私は、要求されている情報の提供において CommonSpirit Health に協力しない場合、私の申請が拒否される可能性があることを理解しています。
- 私が提出する情報は、CommonSpirit Health による検証の対象であることを理解しています。
- 私は、経済的支援を受ける資格を得るために、追加情報が要求される可能性があることを理解しています。

あなたは、保険会社、労災補償制度、またはその他の第三者から給付を受けた場合、当該給付を病院に通知することに同意します。病院は、第三者が病院に医療サービスに対する支払いを提供した場合、当初の料金を全額回収する権利を留保します。

申請者の署名

日付