

財政支援プログラム

申請

- この財政支援プログラムは、資格を有する患者に対して対象サービスの割引を提供します。
- 添付の財政支援申請書に必要事項、署名および日付を記入の上、必要な所得証明書類とともに FAX するか、サービスが提供されている（または提供される予定の）場所に持参してください。
- 記入済みの申請書は審査され、総請求額（適用される患者負担額を除く）の最大 **100%**が割引されます。
 - 財政支援プログラムの患者負担額は、追加割引の対象ではありません。詳細は以下の通りです：
 - 外来治療/診断検査 5.00 ドル
 - 高額診断検査/緊急処置サービス 25.00 ドル
 - 外来手術/緊急治療室での処置または入院 50.00 ドル
 - 注意：医師事務室への訪問は、患者負担金に適用されません。**
- 財政支援プログラムの受給資格がなく無保険の方は、自動的に全対象医療サービス（美容整形および選択的サービスを除く）の無保険割引を受けることになります。

資格

財政支援プログラムの受給資格を得るには、以下のすべてまたは一部を提出する必要があります：

- 前年の所得税申告書のコピー
- 適用対象となる場合は、現在の給料明細書のコピー
- 他の収入源からの所得を証明する追加書類。例として以下を含む：養育費、離婚後扶養手当、労働者災害補償、生活保護、自営業所得、失業保険、等。
- 申請書には、居住および収入源の証明を含め、全世帯収入および全居住者について記載する必要があります。
- 資格審査処理中に他に代替となる資金源を利用できると判断された場合は、財政支援プログラムの適用について検討される前に、該当する代替プログラムの申請書（例：メディケイド支援、無保険運転者など）に記入することが求められる可能性があります。

ご注意ください：他の代替プログラム（例：メディケイド、身体障害、人身傷害保険、労働者災害補償、無保険運転者、等）の適用資格の取得に向けて対象者の協力が得られなかった場合、財政支援プログラムの資格が却下される可能性があります。

財政支援が利用できないもの：

- 患者負担額、控除免責額および共同保険の大部分。
- 電話やテレビの費用など個人的な支出。
- 選択的治療や、美容処置、不妊治療など、医療上必要ではないサービス。
- 他の医療ネットワークにより補償されているサービス。

サポート

財政支援方針について質問がある場合や、財政支援申請書を完成させる上でサポートが必要な場合、完成した申請書を提出する正確な郵送先住所が必要な場合は、以下の情報を利用してください：

サービスを提供している（または提供する予定の）施設/保健システム	資金カウンセラー	顧客サービス	資金カウンセラーの FAX 番号	記入済みの申請書の郵送先住所
Genesys Health System	810-606-7431	888-544-7737	810-606-7897	Patient Access/Financial Counseling Dept. One Genesys Parkway, Grand Blanc, MI 48439
St. Mary's of Michigan - サギノー	989-907-7585	888-978-6279	989-907-7765	Financial Counseling Dept. 4599 Towne Centre Rd. Saginaw, MI 48604
St. Mary's of Michigan - Standish Hospital	989-846-3586	888-978-6279	989-846-3541	Financial Counseling Dept. 805 W. Cedar St., Standish, MI 48658
St. Joseph's Health System - タワス	989-984-3796	877-216-5873	989-362-2106	Financial Counseling Dept. 200 Hemlock, Tawas City, MI 48764
Ascension Medical Group の医師 Genesys	844-701-9988	844-701-9988	512-324-8962	N.R.S.C - Financial Assistance Dept. 4616 West Howard Lane, Suite 850 Austin, Texas 78728
Ascension Medical Group の医師 St. Mary's (Standish) および St. Joseph's Health System のプロバイダ	800-566-5050	800-566-5050	317-583-2753	N.R.S.C - Financial Assistance Dept. 10330 N Meridian St., Suite 200 Indianapolis, IN 46290

資格審査で検討されるための財政情報やその他の情報を提出 (FAX) する場合、FAX する各ページの右上隅に必ず、患者の名前と生年月日、会計番号（該当する場合）を記入してください。

健康管理上の有事に当機関をご信頼いただき、ありがとうございます。

財政支援プログラム申請書

患者情報 (楷書で記入)				会計番号	
患者氏名 :	生年月日	配偶者の有無	性別		電話番号
住所 :	市	州 (県名)	郵便番号		E メールアドレス
社会保障番号 :	勤務先	フルタイム パートタイム			勤務時間 時間/週
勤務先住所 :	市	州 (県名)	郵便番号		電話番号

責任者の情報

氏名 同上	生年月日	配偶者の有無	性別		電話番号
住所		州 (県名)	郵便番号		E メールアドレス
社会保障番号	勤務先	フルタイム パートタイム			勤務時間 時間/週
勤務先住所	市	州 (県名)	郵便番号		電話番号

責任者の配偶者情報

配偶者の氏名	社会保障番号	生年月日
配偶者の勤務先 :	住所	市 州 (県名) 郵便番号
		電話番号

扶養家族 :

氏名	年齢	続柄	氏名	年齢	続柄

月間の総収入

申請者の勤労による収入	
申請者の配偶者の収入	
社会保障給付	
年金/退職年金収入	
失業手当	
労働災害補償	
利息/配当収入	
養育費	
扶養費	
賃貸資産収入	
フードスタンプ	
その他	
その他	
総収入	\$

資産

現金	
普通預金口座	
当座預金口座	
C.D. (譲渡性預金)	
証券	
生命保険	
その他の不動産	
その他	
乗り物/型式とモデル年式	価値
金融決済:	
生命保険	
相続財産	
その他	
総資産価値:	\$

コメント: _____

月間の生活費

	支払	残高
住宅ローン/家賃		
電気		
ガス		
電話		
水道		
食料雑貨		
ケーブルテレビ		
自動車の支払		
携帯電話		
デイケア		
養育費/扶養費		
処方薬		
クレジットカード:		
1.		
2.		
3.		
他の医師/病院の請求:		
保険経費:		
1. 自動車		
2. 土地・建物		
3. 医療/生命		
その他のローンの支払:		
1.		
2.		
月間のその他の支払:		
cobra (連結国家予算削減一括法の健康保険)		
生命保険		
3.		
月間の総経費:	\$	\$

私は、上の情報が事実であり、私の知る限りのすべてを記入したことをここに証明します。私は、この病院が外部の信用調査機関から情報を入手することをここに許可します。

日付

患者、配偶者、保証人または法定代理人の署名

財政支援プログラム申請書の証明

この申請書に記した私の署名は、財政支援プログラム申請書に記載したすべての内容と情報が私の知る限り事実であり正確であること、さらには、私の財政状況に関する全事実を開示したことを証明するものです。万一、この申請書に記載した情報に虚偽があった場合や、私の治療費を補填する可能性のある代替プログラム（例：メディケイド支援、人身傷害保険、労働者災害補償、無保険運転者、等）の適用資格取得に向けて私が協力しなかった場合、財政支援プログラムの資格が却下される可能性があり、提供された医療行為代金については私が支払義務を負うことになることを理解し承諾しています。私は、権限のある病院／プロバイダ代理人が、私の信用状況に関する報告書を請求したり審査したりすること、また申請書に記載されたあらゆる情報を確認し立証するためのその他の合理的な措置を取ることを了承します。私に 100%未満の割引率が適用された場合、請求書の残額部分については私に支払責任があると理解しています。

患者／責任者の署名： _____ 日付： _____

収入証明書なし（申請書に収入金額ゼロと記載して提出する場合のみご記入ください）

私は、現在無職のため収入源がありません。生活費については、以下から支払われ、以下のように賄われています。

署名： _____ 日付： _____

財政支援プログラムの管理者のみが記入

所得/扶養家族/支出の確認	
証明された総所得（全収入源）	
証明された全扶養家族	
証明された全支出	

財政支援プログラムの受給資格判定に使用された方法（該当するものすべてに丸をつける）	
√	資力調査
√	推定 - 推定の種類：
√	スライド制

財政支援プログラムの受給資格判定におけるその他の検討事項	

財政支援プログラムの受給資格判定/状態	
<input type="checkbox"/> 承認済み	割引%：
<input type="checkbox"/> 未決	理由：
<input type="checkbox"/> 却下	理由：
評価/判定の担当者：氏名： 電話：	

財政支援プログラムの判定通知	
申請者への通知日：	
財政支援プログラムの申請者への通知方法	
<input type="checkbox"/>	電話による通知 - 通知を受けた人の氏名：
<input type="checkbox"/>	米国郵便による通知（ファイル上の書状のコピー）
<input type="checkbox"/>	その他の通知方法：説明：
通知担当者：氏名： 電話：	

財政支援プログラムの会計処理			
会計番号	処理/調整した金額	会計番号	処理/調整した金額
日付：	処理/調整の担当者：氏名：	電話：	