



患者様

申請方法

プロビデンスヘルスサービスの財政援助プログラムに申し込む場合は、添付の申請書に記入して返送してください。ご不明な点がございましたら、800-566-5050 までご連絡ください。

適性

財政援助を受けるには、以下の点に注意してください。

- 地方、州、または連邦政府の援助の申請が必要な場合があります。
- **世帯収入を確認する必要があります。世帯所得の証明書を提出してください。**（税申告および/または最近の給与明細）所得がない場合は、どのように財政支援を受けているかを説明する声明を提出してください。
- その他の収入源も報告される必要があります、児童扶養、扶養家族、労働者報酬、公的扶助、自営業の収入、失業給付などが含まれます。

以下の財政援助は対象外となります。

- テレビなどの私物の費用。
- 整形手術や不妊治療を含む医学的に必要でないサービス
- 別のヘルスケアネットワークで保険の対象となるサービス
- 市販医薬品

財政援助の決定は、本申請が完了しているケアにのみ適用されるものとします。

記入した申請書と書類を以下の宛先に郵送してください。

NRSC Financial Assistance Representative
10330 N. Meridian Street, 2N PFS
Indianapolis, Indiana 46290

記入した申請書と書類を以下の FAX 番号に送付してください。

(317) 583-2753 連絡先: NRSC Financial Assistance Representative

ご不明な点がございましたら、カスタマーサービスセンター（800-566-5050）までご連絡ください。
月曜日から金曜日は午前 8 時から午後 1 時 45 分まで、午後 2 時 30 分から午後 4 時までです。



財政支援申請書

患者情報(印刷してください)				口座番号	
患者名:	生年月日	婚姻状態	性別		電話番号
住所:	市号	都道府県	郵便番		メールアドレス
社会保障番号:	雇用主	フルタイム パートタイム			労働時間/週当たりの 勤務日数
雇用主の住所:	市	都道府県	郵便番号		電話番号

申請者ご本人の情報

名前 同上	生年月日	婚姻状態	性別		電話番号
住所:		都道府県 号	郵便番		メールアドレス
社会保障番号	雇用主	フルタイム パートタイム			労働時間/週当たりの 勤務日数
雇用主の住所	市号	都道府県	郵便番		電話番号

申請者ご本人の配偶者の情報

配偶者の名前	社会保障番号	生年月日
配偶者の雇用主	住所: 市	都道府県 郵便番 電話番号

扶養者:

名前	年齢	関係	名前	年齢	関係

総月収	毎月の生活費	支払い	残高
申請者の所得	住宅ローン/家賃		
申請者の配偶者の所得	電気代		
社会保障給付	ガス料金		
年金/退職金	電話料金		
失業補償	水道代		
労災補償	食費		
利息/配当	ケーブルTV料金		
養育費	車の支払い		
扶養料	携帯電話料金		
家賃収入	デイケア利用料		
フードスタンプ	養育費/扶養料		
その他	処方薬		
その他	クレジットカード:		
総月収:	1.		
	2.		
資産	3.		
現金	その他の医師/ 病院代:		
貯蓄口座			
当座預金口座			
譲渡性預金の			
証券			
生命保険			
その他の不動産			
その他	預金費用:		
	1. 自動車		
車両/メーカー & モデル:	2. 施設		
年式	3. 医療/生命保険		
金額	その他のローン支払い		
	1.		
	2.		
金融決済:	その他の月次支払い		
生命保険	コブラ		
相続	生命保険		
その他	3.		
資産の総価値:	総月次費用:		

コメント: _____

コメント: _____

私は、上記の情報が確実に真実かつ完全であることを証明します。私は、病院が必要と判断した場合、病院が外部の信用調査機関から情報を入手することを許可します。

日付

患者、配偶者、保証人または法定代理人の署名

プロビデンスヘルスサービスによる財政援助への申請

承認書

本申請書への署名は、すべての陳述が知る限り真実であり、財務に関するすべての事実を開示したことを証明します。私は本申請に関連して、自分の財政情報を粉飾したこと、またはケアの費用を補償するプログラム(Medicaid、人身傷害の請求、労働者の補償など)の対象となる試みへ協力しないことで、財政援助の特典が無効になり、提供されたサービスに対して支払いの責任を負うことを理解します。私は、プロビデンスヘルスサービスまたはその代理人に、自分の信用の報告を要求し、確認して、提供されたすべての情報を検証するための合理的な措置を講じることに同意します。部分的な財政援助を受ける資格があれば、請求の残りの部分を支払う責任があることを理解しています。

総収入に関する声明(税金および源泉徴収前)

年次総収入の合計(反対側から患者と配偶者の年次列を追加し、以下に合計金額を記入してください):

収入不足に関する声明

現在の財政/生活状況と医療請求に関して財政援助が必要な理由を簡単に説明してください。

以下に署名してください:

患者/保護者

(日付)