患者様/申請者様

Ascension は、思いやりを原動力とし、すべての人、特に最も支援を必要としている方々に、パーソナライズされた治療を提供することに専念しています。私たちの使命と特権は、患者の方々に資金援助を提供することです。資金援助は、救急時およびその他の医学的に必要な治療にのみ利用できます。あなたとあなたのご家族のために、すべての医療ニーズに関わる治療を提供することを私たちに任せていただきありがとうございます。

請求いただきましたので、この手紙と添付の資金援助申請書をお送りします。もしあなたがこれを請求していない場合は、無視してください。ご返送する前に、署名と日付を含む両面をご記入ください。過去 6 か月以内に申請を完了し、資金援助が承認されている場合は、お知らせください。新たな申請する必要はない場合があります。残念ながら、6 か月以上前の申請を信頼することはできません。

申請書と一緒に、世帯の収入を証明する書類も提出する必要があります。

収入証明書の例：

- 雇用主が発行した給与明細書（直近3通）のコピー
- 直近の年次納税申告書のコピー（自営業の場合は、すべての一覧表を含む）
- 社会保障および/または退職年金決定通知書
- 親または保護者の直近の年次納税申告書（申請者が納税フォームに記載されている25歳未満の扶養家族の場合）
- 失業手当の受領書のコピー
- その他の収入証明書類

家族や友人が住む世帯から援助を受けたり、同居している場合は、「支持を表明する手紙」というラベルの付いた添付フォームに記入してもらってください。このことによって、家族や友人にあなたの医療費の支払責任が及ぶことはありません。これは、生活費の支払状況を示すのに役立ちます。家族や友人からの援助がない場合は、支持を表明する手紙フォームに記入する必要はありません。

最後に、私たちはあなたの未払いの医療費を考慮し、資金援助の対象とすることができる場合があります。これを考慮することを希望される場合は、毎月の医療費および薬局/薬代の未払い分を証明する書類（現在の請求書または口座残高明細書など）も提出してください。**申請書を審査するためには、1) 記入済みの申請書、2) 収入証明書、3) 未払いの医療費請求書 (該当する場合) が必要です。記入漏れのある申請書を処理または審査することはできません。**

申請書を送信する際、インターネット経由の電子メールによる通信は、危険が伴うことに注意してください。可能性は低いのですが、電子メールに含まれている情報が、宛先の人物以外の第三者に傍受されて読み取られる可能性があります。当社はお客様の個人情報を保護し、安全な状態に保ちたいと考えています。申請書にはあなたの社会保障番号やその他の個人情報が含まれているため、電子メールでの送信は控えてください。

記入済みの申請書と証明書類を印刷して、以下の住所に郵送または手渡しで提出してください。

Ascension Mid-Michigan
3274 Solutions Center
Chicago, IL 60677-3002

私たちはサポートする立場にあり、資金援助を受ける資格のある患者様には、確実に援助を受けていただきたいと考えています。この申請書、必要な証明書類、または申請書を当社に入手する最良の方法についてご質問がある場合は、Standish (888) 978-6279、St. Joseph (989) 362-0118 の患者代表のいずれかにお電話ください。

敬具、

患者資金サービス
Ascension

資金援助申請書

Ascension Standish Hospital and Ascension St. Joseph Hospital

Ascension

患者情報

（印刷してください。すべてのフィールドに入力する必要があります。アプリケーションの個々の行に該当しない場合は、N/Aを指定してください）

日付_____ アカウント番号 _____ 病院名_____
名前（姓と名）_____
生年月日_____ 電話番号 _____
郵送先住所 _____ 市 _____ 州 ____ 郵便番号_____
雇用主_____ 雇用形態_____
週当たりの労働時間数_____ 雇用主の電話番号_____

責任者の情報/法定後見人の情報

（上記の患者が責任者と同じである場合は、この欄は空白のままにします。）

名前（姓と名）_____

生年月日_____ 電話番号 _____

郵送先住所_____ 市_____ 州_____ 郵便番号_____

雇用主_____ 雇用形態_____

週当たりの労働時間数_____ 雇用主の電話番号 _____

責任者の扶養家族

名前_____ 生年月日_____

名前_____ 生年月日_____

名前_____ 生年月日_____

名前_____ 生年月日_____

世帯に住む大人と子供の人数 _____

月収

（下記の各項目の金額を記入してください。それぞれに月額を入力してください。）

申請者の稼得所得 _____

その他の申請者の収入 _____

社会保障給付 _____

年金/退職所得 _____

障害所得 _____

失業補償 _____

労災補償 _____

利子/配当収入 _____

受け取った養育費 _____

_____

賃貸不動産収入 _____

食品配給券 _____

受け取った信託基金分配金 _____

その他の収入 _____

その他の収入 _____

月間総収入 $ _____

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、病院が必要と認めた場合、外部の信用調査機関から情報を入手することを病院に許可します。

申請者の署名 _____

日付 _____

コメント _____

Ascension

支持を表明する手紙

患者のカルテ番号/アカウント番号_____

支持者の氏名_____

患者/申請者との関係 _____

サポーターの住所 _____

Ascension御中：

この手紙は、（患者の名前）_____はほとんど収入がないか、まったくなく、私が彼/彼女の生活費を援助していることを伝えるものです。彼/彼女は私に、ほとんど債務を負っていません。

この声明に署名することにより、提示した情報が私の知る限りにおいて真実であることに同意します。

サポーターの署名 _____

日付 _____