



# Ascension

[Date]

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ら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。返送する前に、署名と日付を含め両面を記入してください。過去6か月以内に申請書を完成し、資金援助が承認されている場合は、お知らせください。新たな申請書の作成は必要ない場合があります。残念ながら、6か月以上経過した過去の申請書を信頼することはできません。

申込書に添えて、世帯の収入証明書と世帯員が所有するすべての資産証明書を提出する必要があります。

## **収入および資産証明の例としては、以下のようなものがあります:**

- 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
- メディケイドおよび/または州が資金提供する医療援助の資格の承認/拒否
- その他の収入証明書類

## **資産証明の例としては、以下のようなものがあります:**

- 過去3か月の最新の銀行取引明細書（当座預金口座および普通預金口座）
- 株式や債券などの投資
- トラストファンド
- マネーマーケット口座
- ミューチュアルファンド

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) 資産証明書、4) 未払いの医療費（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。私たちはあなたの個人情報を保護し、その安全性の維持を確保し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。

Facility/ Office where services were/ will be provided	Mail Completed Application To:
Ascension St. John Hospital	22101 Moross Road Detroit, Michigan 48236
Ascension Macomb - Oakland Hospital, Warren Campus	11800 Twelve Mile Rd, Warren, MI 48093
Ascension Macomb - Oakland Hospital, Madison Heights Campus	27351 Dequindre Rd, Madison Heights, MI 48071
Ascension Providence Hospital	16001 W Nine Mile Rd, Southfield, MI 48075
Ascension Providence Park Hospital	47601 Grand River Ave, Novi, MI 48374
Ascension River District Hospital	4100 River Rd, East China, MI 48054
Ascension Medical Group - Physician Services	PO Box 80278, Indianapolis, IN 46240

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、または申請書の送付方法についてご質問がある場合は、当社の患者担当者 [xxx-xxx-xxxx] にお電話ください。

Facility/Office where service were/will be provided	Phone #
Ascension Macomb-Oakland Hospitals	888-329-0421
Ascension St. John Hospital, Detroit	877-809-6191
Ascension Providence Hospital	800-878-2455
Ascension Providence Park Hospital	800-878-2455
Ascension River District Hospital	810-329-5318

敬具、

Ascension患者資金援助サービス

# 資金援助申請書



# 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)

生年月日 \_\_\_\_\_ アカウント番号 \_\_\_\_\_

名前(フルネーム) \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 婚姻状態 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

郵送先住所 \_\_\_\_\_ 都市名 \_\_\_\_\_ 州 \_\_\_\_\_ 郵便番号 \_\_\_\_\_

社会保障番号(請求書作成および同定目的のみ) \_\_\_\_\_

雇用主 \_\_\_\_\_ 雇用形態 \_\_\_\_\_

週あたり労働時間 \_\_\_\_\_ 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(フルネーム) \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 婚姻状態 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

郵送先住所 \_\_\_\_\_ 都市名 \_\_\_\_\_ 州 \_\_\_\_\_ 郵便番号 \_\_\_\_\_

社会保障番号(請求書作成および同定目的のみ) \_\_\_\_\_

雇用主 \_\_\_\_\_ 雇用形態 \_\_\_\_\_

週あたり労働時間 \_\_\_\_\_ 雇用主の電話番号 \_\_\_\_\_

## 責任者の配偶者情報

(患者が責任者と同じである場合は、患者の配偶者情報を記入してください。)

生年月日 \_\_\_\_\_ アカウント番号 \_\_\_\_\_

名前(フルネーム) \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 婚姻状態 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

郵送先住所 \_\_\_\_\_ 都市名 \_\_\_\_\_ 州 \_\_\_\_\_ 郵便番号 \_\_\_\_\_

社会保障番号(請求書作成および同定目的のみ) \_\_\_\_\_

雇用主 \_\_\_\_\_ 雇用形態 \_\_\_\_\_

週あたり労働時間 \_\_\_\_\_ 雇用主の電話番号 \_\_\_\_\_

## 責任者の扶養家族

(患者が責任者と同じである場合は、患者の配偶者情報を記入してください。)

氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 責任当事者との関係 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 責任当事者との関係 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 責任当事者との関係 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 責任当事者との関係 \_\_\_\_\_

同一家計内の成年者および未成年者の数 \_\_\_\_\_

## 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。)

申請者の勤労所得 _____	受領した扶養手当 _____
申請者の配偶者の収入 _____	別居手当収入 _____
社会保障給付金 _____	不動産賃貸収入 _____
年金/退職所得 _____	フードスタンプ _____
障害所得 _____	信託ファンド配当金収入 _____
失業手当 _____	その他の所得 _____
労災金 _____	その他の所得 _____
インターネット/配当金 _____	総月収 \$ _____

## 月間生活費

(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。)

住宅ローン/家賃 _____	養育費/扶養手当 _____
公共料金 _____	クレジットカード _____
電話(固定) _____	医師/病院からの請求書 _____
携帯電話 _____	自動車/車両保険 _____
雑貨/食料品 _____	住宅/損害保険 _____
ケーブル/インターネット/衛星 TV _____	医療/健康保険 _____
カーローン _____	生命保険 _____
保育費 _____	その他の月間経費 _____
	総月間経費 \$ _____

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

申請者の署名 \_\_\_\_\_

日付 \_\_\_\_\_

## 所見

---

---

---

---

---



# Ascension

## 支持を表明する手紙

カルテ番号/アカウント番号 \_\_\_\_\_

扶養者の氏名 \_\_\_\_\_

患者/申請者との関係 \_\_\_\_\_

扶養者の住所 \_\_\_\_\_

Ascension 御中:

この手紙は、(患者名) \_\_\_\_\_ が収入をほとんどまたはまったく得ておらず、私が彼/彼女の生活費を援助していることを報告するためのものです。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。

扶養者の署名 \_\_\_\_\_

日付 \_\_\_\_\_