



Ascension

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、一人ひとりに寄り添った治療を提供することに尽力しています。患者様に資金援助を提供することは、私たちの使命と特権です。資金援助は、救急時およびその他の医学的に必要な治療のみご利用していただけます。貴殿とご家族のあらゆる医療ニーズのための治療において、私たちに信頼してお任せいただき、ありがとうございます。

貴殿からの依頼を受け、本状と、添付の資金援助申請書をお送りいたします。依頼した覚えがない場合は、破棄してください。返送される前に、署名と日付を含め、両面すべてにご記入をお願いいたします。過去6ヶ月以内に申請書を提出し、資金援助が承認されている場合は、お知らせください。新たに申請書を作成する必要がない場合があります。6ヶ月以上前の以前の申請内容を適用することはできません。

申請書とともに、貴殿の世帯収入の証明、および世帯員全員が所有するすべての資産の証明書類を提出していただく必要があります。

収入および資産の証明書類の例には、以下が含まれます。

- 雇用主が発行した直近3回分の給与明細の写し
- 直近の年間確定申告書の写し (自営業の場合は、すべての付表を含む)
- 社会保障および/または退職年金決定通知書
- 申請者が25歳未満で、親または保護者の税務申告書に扶養家族として記載されている場合は、その親または保護者の直近の年間確定申告書
- 失業給付受給の領収書の写し
- メディケイドおよび/または州政府資金による医療援助の適格性の承認または却下通知
- その他の収入証明書類

資産の証明書類の例には、以下が含まれます。

- 直近3ヵ月分の最新の銀行取引明細書 (当座預金および普通預金口座)
- 株式および債券を含む投資資産
- 信託基金
- マネーマーケット口座
- 投資信託

最後に、当組織が資金援助の適格性を判定する際、貴殿の未払いの医療費を考慮に入れる場合があります。この検討を希望される場合は、現在の請求書や口座残高証明書など、毎月の未払いの医療費および調剤・薬剤費の証拠書類も併せて提出してください。申請の審査を行うためには、**1) 記入済みの申請書、2) 収入の証明、3) 資産の証明、4) 未払いの医療費 (該当する場合)** をすべて受領する必要があります。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。

申請書を提出される際は、インターネット経由の電子メールによる通信は安全ではないことに注意してください。可能性は低いものの、電子メールに含まれる情報が傍受され、宛先以外の第三者に読み取られる恐れがあります。当組織は貴殿の個人情報を保護し、その安全を確保したいと考えております。申請書には貴殿の社会保障番号やその他のプライバシー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 Providence - Patient Financial Services
Attn: Financial Counselors
P.O. Box 206767
Dallas TX, 75320
800-291-1493

Ascension Medical Group
Attn: Financial Assistance Department
P.O. Box 80278
Indianapolis, IN 46240-9998
833-263-9789

私たちは、資金援助の適格性がある患者様が確実に援助を受けられるよう、全力でサポートしたいと考えております。本申請書、必要となる証拠書類、または申請書の最適な提出方法についてご不明な点がございましたら、当組織の患者様窓口 (512-324-1125) までお電話ください。

敬具

Ascension患者資金援助サービス

資金援助申請書



Ascension
Seton

患者情報

(印刷して、すべての欄に記入してください。申請書の各項目で該当するものがない場合は、N/Aと記入してください)

日付 _____ 口座番号 _____

氏名(姓と名) _____

生年月日 _____ 配偶者の有無 _____

電話番号 _____ 郵送先住所 _____

市町村 _____ 都道府県 郵便番号 _____

社会保障番号(任意) _____

勤務先 _____ 雇用形態 _____

週の労働時間数 _____ 雇用主の電話番号 _____

責任者の情報/法定後見人の情報

(患者本人が責任者である場合は、このセクションを空白のままにしてください。)

氏名(姓と名) _____

生年月日 _____ 配偶者の有無 _____

電話番号 _____ 郵送先住所 _____

市町村 _____ 都道府県 郵便番号 _____

社会保障番号(任意) _____

勤務先 _____ 雇用形態 _____

週の労働時間数 _____ 雇用主の電話番号 _____

責任者の配偶者情報

(患者本人が責任者である場合は、患者の配偶者情報を記入してください。)

氏名(姓と名) _____

生年月日 _____ 配偶者の有無 _____

電話番号 _____ 郵送先住所 _____

市町村 _____ 都道府県 郵便番号 _____

社会保障番号(任意) _____

勤務先 _____ 雇用形態 _____

週の労働時間数 _____ 雇用主の電話番号 _____

責任者の扶養家族

(患者本人が責任者である場合は、患者の配偶者情報を記入してください。)

氏名 _____ 生年月日 _____ 責任者との関係 _____

氏名 _____ 生年月日 _____ 責任者との続柄 _____

氏名 _____ 生年月日 _____ 責任者との続柄 _____

氏名 _____ 生年月日 _____ 責任者との続柄 _____

世帯に住む大人と子供の人数 _____

月収

(以下に記載された各項目について、金額を記入してください。各項目について、月額を記入してください。)

申請者の収入

申請者の配偶者の収入

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

受取扶養料

賃貸不動産収入

フードスタンプ

信託基金の分配金

その他の収入

その他の収入

総月収

月間生活費

住宅ローン/家賃

光熱費

電話(固定電話)

携帯電話

食料品

ケーブル/インターネット/衛星テレビ

車の支払い

子供の世話

養育費/扶養料

クレジットカード

医者/病院代

自動車保険

家/不動産保険

医療・健康保険

生命保険

その他の月間支出

毎月の支出合計(米ドル)

資産

現金 / 普通預金 / 当座預金

株式 / 債券 / 投資 / CD

その他の不動産 / 二次住居

ボート / RV / オートバイ / レクリエーショナル・ビークル

コレクター車 / 不要車

その他の資産

私は、上記の情報のすべてが、私の知る限り真実かつ完全であることをここに証明します。私は、病院が必要と判断した場合、外部の信用調査機関から情報を取得することをここに許可します。

申請者の署名

日付

備考