

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を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 _____



Ascension

[日付]

患者/申請者殿

Ascension は思いやりによって推進され、すべての人々、特に最も必要としている人々に個別のケア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ケア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。

請求いただいたので、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。新しい申請書を記入する必要がない場合があります。6 か月以上前の予備申請書は考慮しません。

申請書とともに、収入の証明として、次の項目の少なくとも 1 つのコピーを提出してください。結婚している場合、または 6 か月以上他人と一緒に住んでいる場合は、申請を処理する前に、その人の収入の証拠として次の項目の少なくとも 1 つのコピーを提出する必要があります。

- 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)
- その他の収入証明書類
- 過去 3 か月の銀行取引明細書のコピー
- 失業手当の受領書のコピー

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、未払い月次医療費、薬局/薬剤費を証明する書類も提出してください。

申請書を審査するためには、完成した申請書と収入の証明が必要です。完成していない申請を処理または検討することはできません。

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。本申請書には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。

完成した申請書を印刷して郵送するか、手渡しで次のアドレスに送付してください。

Ascension St. Joseph/Standish Hospital
フィナンシャルカウンセリング部
200 Hemlock
Tawas City, MI 48764

この申請書について質問がある場合は、患者担当(989-984-3796)にお電話ください。

敬具、

患者資金サービス
Ascension