



医療財政支援プログラム申請書
P.O. Box 670747, Marietta, GA 30066
電話番号: 470-245-9998

患者情報 米国移住者: はい いいえ

アカウント番号: _____ 施設名: _____

氏名: _____ 社会保障番号: _____ 生年月日: _____

保証人および配偶者情報 既婚 離婚 別居 死別 独身

保証人の氏名: _____ 社会保障番号: _____ 患者との間柄: _____

生年月日: ____/____/____ 自宅住所: _____

電話番号: (____) _____ その他の電話番号: (____) _____

雇用主 1: _____ 住所: _____

勤務先の電話番号: _____ 役職: _____ 時給: _____ 年俸または _____ 正規社員、パート、無職
(該当するものに丸をつけてください)

雇用主 2: _____ 住所: _____

勤務先の電話番号: _____ 役職: _____ 時給: _____ 年俸または _____ 正規社員、パート、無職
(該当するものに丸をつけてください)

配偶者氏名: _____ 社会保障番号: _____ 生年月日: ____/____/____

雇用主 1: _____ 住所: _____

勤務先の電話番号: _____ 役職: _____ 時給: _____ 年俸または _____ 正規社員、パート、無職
(該当するものに丸をつけてください)

雇用主 2: _____ 住所: _____

勤務先の電話番号: _____ 役職: _____ 時給: _____ 年俸または _____ 正規社員、パート、無職
(該当するものに丸をつけてください)

法的扶養家族 (連邦税申告書に申請できる扶養家族だけを記入してください。)

氏名 (名、ミドルネーム、姓)	生年月日(月月/日日/年年)	間柄	
	/ /		メディケイドを申請しましたか? はい _____ いいえ _____
	/ /		
	/ /		Cobra を受ける資格はありますか? はい _____ いいえ _____
	/ /		

資産およびその他の収入源

当座預金残高: \$ _____ 銀行名: _____ 普通預金残高: \$ _____ 銀行名: _____

マネーマーケット残高: \$ _____ 銀行名: _____ 社会保障: \$ _____ 毎月の年金: \$ _____

扶養手当: \$ _____ 養育費: \$ _____ 譲渡性預金: _____

その他の資産 (株式、債券など) . _____ 種類: _____

学生ローンの払戻しを受けていますか? はい・いいえ (丸をつけてください) 払戻し金額: \$ _____

過去3年間に破産を申請しましたか? はい・いいえ (丸をつけてください) はいの場合は、日付を記入してください:
____/____/____

賃貸物件を所有していますか? はい・いいえ (丸をつけてください) はいの場合は、月収を記入してください: \$ _____

不動産の価値: \$ _____

Wellstar Health System は、Wellstar ホスピタルで医学的に必要な治療を受けたものの、その治療費を支払う手段が限られている、あるいは全くない患者に対して、財政的な支援を提供することをお約束します。Wellstar は、支払い能力の有無や医療財政支援プログラムの対象かどうかにかかわらず、すべての個人に緊急医療を提供します。

Wellstar ホスピタルでの財政支援の資格を得るためには、公的および民間の支払いプログラムからの支払いまたは補償範囲の代替財源を特定し決定する際に、Wellstar と協力する必要があります。資金援助の資格を得るためには、以下が必要です:

申請情報:

真実が正確に記入された、署名入りの不備のない財政支援申請書を提出すること。および

医療財政支援を受けようとする方は、次に掲げる事項を明らかにして、世帯所得及び世帯資産を証明する必要があります:

現在の財政状況に基づいた、以下の書類を提供してください:

- 最新の給与明細書の3か月分または雇用主からの総賃金額の報告書、及び世帯の当座預金、普通預金、マネーマーケット、その他の銀行または投資口座ごとに、最新の2か月分の銀行取引明細書を提出してください
- 直近の国税庁(IRS)書式 1040 と、昨年に IRS 書式 1040 に合わせて発行された IRS W-2/1099(該当する場合)
追加の書類(該当する場合):
- その他のすべての収益(例: 世帯の失業手当、障害手当、年金、学資ローン、社会保障局からの裁定書、自営業申請者の場合は現在の損益報告書、裁判所が命じた扶養手当の書類、裁判所が命じた児童扶養手当の書類、給付カード活動明細書(TANF)など)に関する直近2か月分の書面による明細書
- 3か月未満の失業者については、直近の雇用主からの離職に関する通知
- 3か月以上の失業者については賃金照会(労働省)
- 失業保険を却下する通知
- 固定資産税計算書、譲渡性預金証書、その他の投資計算書を含むがこれらに限定されない資産価値の文書
- 患者に収入または現物支給の援助を提供する個人からの寄与申告書

書類の変更や編集を行うことは許可されません。

申請書を処理するために、この情報を 30 日以内に受け取る必要があります。Wellstar Health System の医療財政支援プログラムの下で医療財政支援の審査の対象となるアカウントは、退院後最初の請求書発行日から 240 日以内に記入漏れのない申請書を提出する必要があります。準拠しない場合、Wellstar は、医療財政支援プログラムのために患者のアカウントを処理しない権利を留保します。ご不明な点がある場合、またはこの申請に関するサポートをご希望の場合は、Wellstar の次の連絡先までお問い合わせください:

SBO FAP Department, P.O. BOX 670747, Marietta, GA 30066、Fax 番号: 770-792-1737 または 電話番号: 470-245-9998

コメント:

私は、Wellstar に対し、財政支援プログラムへの適格性を判断していただくよう要請します。年収や家族の人数など、提出する情報は確認が必要だと理解しています。また、提出した情報が虚偽であると判断された場合には、財政支援の対象外となることも理解しています。さらに、Wellstar アカウント料金の支払いに利用できる支援(例: メディケイド、メディケア、州からの補助(癌患者)、職業リハビリテーション、保険など)の申請および審査プロセスに従うことに同意します。私は、このような支援を受けるために必要と思われるいかなる行動をとることも全面的に協力し、Wellstar の請求額に充当するため、受けた支援額を Wellstar に割り当て、または支払います。財政支援プログラムによる調整が行われたあとの残高を支払うことに同意します。支払いを怠った場合には、財政支援プログラムの割引が取り消される可能性があります。完成した財政援助プログラム申請書は、保証人ごとに適用されます。

上に記載した情報が、私の知る限りにおいて真実で正確であることをここに誓います。

保証人の署名: _____ 日付: _____