

# 資金援助申請書



**重要:**あなたは無料または割引のケアを受けることができるかもしれません:この申請書に記入することで、あなたが無料または割引のサービスを受けられるかどうか、あるいは医療費の支払いに役立つその他の公的プログラムを受けられるかどうかを、AdventHealthが判断します。カバーレターに記載されている住所に、この申請書を提出してください。

保険に加入していない場合、社会保障番号は無料または割引ケアのための資格を得る必要はありません。ただし、社会保障番号は、Medicaidを含む一部の公共プログラムに必要です。社会保障番号の提供は必須ではありませんが、お客様が公的プログラムを受ける資格があるかどうかをAdventHealthが判断するのに役立ちます。「任意」と表示されている質問への回答(または未回答)は、応募の結果には影響しません。

このフォームに記入し、AdventHealthに手渡し、郵送、電子メール、またはfaxで送信して、サービス日後できるだけ早く無料または割引ケアを申請してください。最初の請求明細から最長240日間、お申し込みを受け付けます。この申請書を提出することにより、あなたは、患者が経済的支援を受ける資格があるかどうかをAdventHealthが判断するのを助けるために、申請書で要求されているすべての情報を提供する誠実な努力をしたことを認めます。申請手続きについてご不明な点がある場合は、AdventHealthの財務カウンセリング部門 844-652-0600にご連絡ください。

無保険患者割引申請手続きや病院の資金援助手続きに関する苦情や懸念は、イリノイ州司法長官のヘルスケア局 (Health Care Bureau of the Illinois Attorney General) に報告することができます。ヘルスケア局のフリーダイヤルのホットラインは、1-877-305-5145 (TTY 1-800-964-3013) です。

## 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 \_\_\_\_\_

名前(フルネーム) \_\_\_\_\_

誕生日 \_\_\_\_\_ 配偶者の有無 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

**オプション - 性自認 -**あなたは自分自身をとして考えますか? :  男性  女性  トランスジェンダー男性/トランス男性/女性から男性への移行 (FTM)  トランスジェンダー女性/トランス女性/男性から女性へ (MTF)  ジェンダークィア/専ら男性でも女性でもないジェンダーノンコンフォーミング  追加の性別区分(またはその他)

**任意 - ジェンダーアイデンティティー:**出生証明書に記載されていた性別は何ですか? :  男性  女性

**任意 - 人種:**  白人  黒人またはアフリカ系アメリカ人  アメリカインディアンまたはアラスカ先住民  アジアインディアン  中国人

フィリピン人  日本人  韓国人  ベトナム人  その他のアジア人  ネイティブハワイアン  グアamaniアンまたはチャモロ人

サモア人  その他の太平洋諸島の人々

**任意 - エスニック:**  ヒスパニック系、ラテン系、スペイン系  メキシコ系、メキシコ系アメリカ人、チカーノ系  プエルトリコ系

キューバ人  その他のヒスパニック系、ラテン系、スペイン系

**任意 - 言語 -** 自宅で英語以外の言語を話しますか? :  はい  いいえ

もし、はいの場合、どの言語ですか? : \_\_\_\_\_

郵便物送付先 \_\_\_\_\_ について 市 \_\_\_\_\_ 州 \_\_\_\_\_ ZIP \_\_\_\_\_

**任意- 社会保障番号** \_\_\_\_\_

雇用主 \_\_\_\_\_ の 雇用形態について \_\_\_\_\_

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(姓名) \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 配偶者の有無 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

(半角英数字 郵便番号 \_\_\_\_\_ 住所 \_\_\_\_\_ 州 \_\_\_\_\_ 郵便番号 \_\_\_\_\_

社会保障番号(任意) \_\_\_\_\_

勤務先 \_\_\_\_\_ 雇用形態 \_\_\_\_\_

### 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。)

名前(姓名) \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 配偶者の有無 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

郵便番号 \_\_\_\_\_ 住所 \_\_\_\_\_ 州 \_\_\_\_\_ 郵便番号 \_\_\_\_\_

社会保障番号(任意) \_\_\_\_\_

雇用主 \_\_\_\_\_ 雇用形態 \_\_\_\_\_

雇用者の電話番号 \_\_\_\_\_

### 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。)

名前 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 責任者との関係 \_\_\_\_\_

名前 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 責任者との関係 \_\_\_\_\_

名前 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 責任者との関係 \_\_\_\_\_

名前 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 責任者との関係 \_\_\_\_\_

同一世帯に住む大人と子供の数 \_\_\_\_\_

## 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。)

申請者の収入 _____	申請者	受け取った養育費 _____	受け
の配偶者の収入 _____	社会保	取った扶養料 _____	賃貸
障費 _____	年金／	不動産収入 _____	フード
退職金収入 _____	身体障	スタンプ _____	信託
害者の収入 _____	失業補	財産分配金受領 _____	その
償金 _____	労災保	他の収入 _____	月間
除 _____	収入 利	総収入\$ _____	
息／配当金収入 _____			

## 月間生活費

AdventHealthの資金援助ポリシーに記載されている通り、経済的支援を受ける資格があると推定される患者さんは、このセクションに記入する必要はありません。

住宅ローン／家賃 _____	ユーテ	養育費／慰謝料 _____	クレジ
ィリティー _____	電話(	ットカード _____	医者
固定電話) _____	携帯電	／病院代 _____	車／
話 _____	食料品	自動車保険 _____	家／
／食費 _____	ケーブ	不動産保険 _____	医療
ル／インターネット／衛星テレビ _____	車の支	／健康保険 _____	生命
払い _____	保育料	保険 _____	その
_____		他 その他の月々の出費 _____	月間
		総支出\$ _____	

## 資産

現金／貯金／預金口座 \_\_\_\_\_  
株式／債券／投資／CD \_\_\_\_\_  
その他の不動産／二次的な住居 \_\_\_\_\_  
ボート／RV／オートバイ／レクリエーション・ビークル \_\_\_\_\_  
コレクターの自動車／必要のない自動車 コレクター自動車／非必要な自動車 \_\_\_\_\_  
健康貯金/フレキシブル支出アカウント車両 \_\_\_\_\_

私は、ADVENTHEALTHが外部の信用調査機関から情報を取得することを許可します。このアプリケーションの情報が真実であり、私の知る限りにおいて正しいことを保証します。私は、医療費の支払いを支援する資格がある州、連邦、または地方の援助を申請します。私は、提供されたこの情報がADVENTHEALTHによって検証される可能性があることを理解し、ADVENTHEALTHが第三者に連絡して、このアプリケーションで提供された情報の正確性を検証することを許可します。私がこの申請書に虚偽の情報を意図的に提供した場合、私は金銭的援助を受ける資格がなくなり、私に与えられた金銭的援助は取り消される可能性があり、請求書の支払いは私が責任を負うことを理解します。

申請者の署名 \_\_\_\_\_

日付 \_\_\_\_\_

所見 \_\_\_\_\_

---

---



# 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 \_\_\_\_\_

支持者の住所 \_\_\_\_\_

AdventHealth御中:

この手紙は、(患者さんの名前) \_\_\_\_\_ にはほとんど収入がなく、私が彼／彼女の生活費を援助していることを通知するものです。彼／彼女／らは、私に対してほとんど何の義務もありません。

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。

支持者の署名 \_\_\_\_\_

日付 \_\_\_\_\_



患者/申請者殿

AdventHealth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。経済的支援は、緊急およびその他の医療上必要なケアにのみ適用されます。あなたとあなたのご家族の健康管理のために、私たちを信頼し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。

記入済みの申請書と収入証明書が届いていないと審査ができませんのでご注意ください。お申し込みに不備があった場合には、処理できませんのでご了承ください。

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。

記入済みの申込書を印刷して、以下の住所に郵送してください：

AdventHealth PFS  
Attention : Financial Assistance Department  
1000 Remington Blvd., Suite 110  
Bolingbrook, IL 60440

このアプリケーションについてご不明な点がございましたら、弊社の患者担当者 888-693-2252 までお問い合わせください

敬具、

患者資金サービス  
AdventHealth