



チャリティケア / 財政支援申請書 - 機密扱い

すべての項目に漏れなくご記入ください。該当しない場合は「NA」と記載してください。必要に応じて追加のページを添付してください。

審査に関する情報

通訳が必要ですか? ☐ はい ☐ いいえ

「はい」の場合、希望する言語を記入してください:

その患者はメディケイドに申請していますか? ☐ はい ☐ いいえ

患者はTANF、ベーシックフード、WICのような州の公共サービスを受給していますか? ☐ はい ☐ いいえ

その患者さんは現在、ホームレスですか? ☐ はい ☐ いいえ

患者の医療ニーズは、自動車事故や労働災害に関連するものですか? ☐ はい ☐ いいえ

注意事項

- 申請を行っても、財政支援を受ける資格がない場合があります。
- 申請後、すべての情報を確認したうえで、追加の情報や所得証明書を求められる場合があります。
- この申請書は、「チャリティケア（無料診療）」および「割引診療」の受給資格を判断するために使用されます。「割引診療」のみを申請した場合、「チャリティケア」の対象となる場合よりも、受けられる経済的支援が少なくなる可能性があります。

患者および申請者の情報

患者の名	患者のミドルネーム		患者の姓
☐ 男性 ☐ 女性 ☐ その他（具体的に記入可） _____	生年 月 日	☐ 未婚 ☐ 既婚 ☐ 離婚した ☐ 法的に別居中 ☐ 寡婦 ☐ 寡夫	患者の社会保障番号（任意）
施設名:	治療日	受診番号	希望する連絡手段: ☐ 電子メール ☐ 電話 ☐ 郵便
支払いを行う人物	患者との関係	生年月日	社会保障番号（任意）
郵送先住所 _____ _____			主な連絡先番号 () _____ () _____ 電子メールアドレス: _____
郵便番号	州	市	
支払いを行う人物の雇用状況 ☐ 在職中（入社日）: _____ ☐ 無職（失業期間）: _____ ☐ 自営業 ☐ 学生 ☐ 障がい者 ☐ 退職者 ☐ その他（「その他」の場合は説明してください）: _____			

家族の情報

世帯にいる家族を、自分自身を含めて列挙してください。

カリフォルニア州およびハワイ州の患者様の場合：「家族」とは、以下のとおり定義されます：(i)

18歳以上の者については、配偶者、同棲パートナー、21歳未満の扶養子女、または障害がある場合は年齢を問わず、同居の有無にかかわらず、および(ii)

18歳未満の方、または18歳から20歳までの扶養されている子供の場合は、親、養育を行う親族、およびその親または養育を行う親族の21歳未満の子、または障害がある場合は年齢を問わずその子。

オレゴン州の患者様の場合：「世帯」とは、以下のことを指します：

(A) 単身者、または (B) 同居している配偶者、事実婚のパートナー、あるいは18歳未満の親と子、 および、単身者、配偶者、事実婚のパートナー、または親が経済的に扶養しているその他の者。

世帯人数 / 家族構成 _____

氏名	生年月日	患者との関係	18歳以上の場合： 雇用主名または収入源	18歳以上の場合： 月間の総所得（税引き前）：	財政支援を申請しますか？
					はい / いいえ
					はい / いいえ
					はい / いいえ

必要に応じて追加のページを添付

成人の家族全員の収入を開示する必要があります。収入源の例：

- 賃金 - 失業 - 自営業 - 労災補償 - 障害 - SSI - 養育費・配偶者扶養費
- ワーク・スタディ・プログラム（学生向け） - 年金 - 退職金口座からの引き出し
- その他（説明してください）

収入の情報

注意：申請時には、収入を証明する書類を必ず添付してください。

ご家族の収入に関する情報を提出する必要があります。財政支援の可否を判断するには、収入の確認が必要です。

18歳以上の家族全員の収入を開示する必要があります。文書を提出できない場合は、収入を記載した署名付きの文書を提出することができます。

財政援助の受給資格を判断するにあたり、所得に関する証明書類は以下のものに限定されます：

- 患者に最初の請求が行われた前後の6か月以内（または申請書の提出時点がサービス提供前である場合はその時点）の、直近の世帯の給与明細、または
- 患者およびその配偶者または同棲パートナーの連邦所得税申告書（フォーム1040）の写し。患者に初めて請求が行われた年度、またはその12ヶ月前のもの

ご希望であれば、その他の収入証明書類を提出することも可能ですが、Adventist

Healthでは追加の収入証明は求められていません。例えば、収入の証明がない場合や収入がない場合は、説明を記載した追加のページを添付してください。

第三者賠償責任

あなたのサービスに関して、第三者に対する責任は生じますか？ ☐ はい ☐ いいえ

「はい」の場合は、その第三者を特定してください: _____

出費の情報 (任意)

当社は経済状況を詳しく把握するためにこの情報を使用します。

世帯の月あたりの出費:

家賃 / 住宅ローン	\$ _____	医療費	\$ _____
保険料	\$ _____	光熱費	\$ _____
その他の負債/出費	\$ _____	(養育費、ローン、薬代、その他)	

追加の情報 (任意)

経済的な問題、高額な医療費、短期的・一時的な収入、個人的損失など、現在の経済状況に関して明記しておきたいことが他にあれば、追加のページを添付してください。

患者の同意

私は、Adventist

Healthが財政支援の適格性判断や、支払計画決定のために、信用情報を確認し、他の情報源から情報を取得することで、情報検証を行う場合があることを理解しています。

私は、自分が知る限りにおいて、上記の内容が正しく、偽りがないことをここに確認します。私は、私が誤った財務情報を提供したと判断された場合に、財政支援を拒否されるおそれがあること、また提供されたサービスに対して責任を負い、その費用の負担を求められる可能性があることを理解しています。

申請者の署名

日付

提出方法

ご質問がある場合は、(844-827-5047)までお電話ください。

記入済みのフォームは、以下の宛先へ郵送してください:

Adventist Health,
Attn: Patient Access
726 4th Street, Marysville, CA 95901

または

記入済みのフォームを以下の電子メールアドレス宛に送信してください:

AHFinAsst@ah.org