

## CHI St. Francis Health 財政支援 応募フォームの説明

CommonSpirit Health 施設での経済的支援を受けるための申請書です。

CommonSpirit Health では、一定の収入要件を満たす方やご家族に経済的支援を提供しています。健康保険に加入していても、家族の人数や収入に応じて、無料診療や割引診療を受けることができます。援助を受けることができるのは、家族の収入が連邦貧困レベルガイドラインの 400%以下の患者さんです。連邦貧困レベルガイドラインに関する情報は、<http://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines> を参照してください。

**財政支援にはどのようなものがありますか？** 病院の財政支援は、あなたの資格に応じて CommonSpirit Health が提供する適切な病院ベースのサービスをカバーします。他の組織が提供するサービスを含め、すべての医療費を財政支援がカバーするわけではありません。

**質問があったり、この申請書の記入に助けが必要な場合。** 障害者支援や言語支援など、理由を問わず、以下で支援を受けることができます。844-286-5546

**お申し込みには、以下の手続きが必要です。**

- ご家族の情報を提供してください。
- ご家族の月々の総収入（税金・控除前の収入）を提供してください。
- 家族の収入を証明する書類を提供してください。
- 家族の資産を示す書類を提出してください。
- 必要に応じて追加資料を添付してください。
- 署名・捺印をお願いします。

**注意: 財政支援**の申し込みに、社会保障番号を提供する必要はありません。社会保障番号を提供していただくと、申請の処理が早くなります。社会保障番号は、当社に提供された情報を確認するために使用されます。社会保障番号をお持ちでない方は、“該当なし”または“NA”と記入してください。

すべての書類を添付した申請書を、郵送またはファックスで下記までお送りください。CHI St. Francis Healthcare ATTN: EES - Financial Assistance Center P.O. Box 660872 Dallas, TX 75266-0872. 必ずご自身でコピーをお取りください。

記入済みの応募書類を直接提出する場合は、次のとおりです。CHI St. Francis Health, 2400 St. Francis Drive, Breckenridge, MN 56520

当社は、収入証明書を含む完全な財政支援申請書を受領してから 30 日以内に、適格性の最終決定および該当する場合は上訴権を通知します。

財政支援申請書を提出することにより、あなたは、当院が財政負担や情報を確認するために必要な問い合わせを行うことに同意されたものとして扱われます。

**私たちは支援したいと考えています。速やかに申請書を提出してください。**

**あなたの情報が届くまで、請求書が届く場合があります。**

**CHI St. Francis Health  
財政支援申請書 - 機密事項**

すべての情報を完全に記入してください。該当する項目がない場合は、“NA”と記入してください。必要に応じて追加ページを添付してください。

**審査情報**

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。

患者様は Medicaid を申請していますか？  はい  いいえ 財政支援を受ける前に申請が必要な場合があります。

患者さんはフードスタンプや女性、乳幼児、子供(WIC)などの州の公的サービスを受けていますか？  はい  いいえ

患者は現在ホームレスですか？  はい  いいえ

患者の治療は、交通事故や労働災害に関連していますか？  はい  いいえ

あなたが治療を受けた CommonSpirit Health の病院をリストアップしてください。

**注意**

- 申し込みをしても、経済的支援を受けられるかどうかは保証できません。
- 申請書をお送りいただいた後、すべての情報を確認させていただき、追加情報や収入証明をお願いする場合があります。

**患者および申請者の情報**

|                         |            |                                                    |
|-------------------------|------------|----------------------------------------------------|
| 患者のファーストネーム             | 患者のミドルネーム  | 患者の名字                                              |
| 誕生日                     | 患者のアカウント番号 | 患者の社会保障番号(オプション*)                                  |
| 請求書の支払い責任者              | 患者との関係     | 出生日                                                |
|                         |            | 社会保障番号(オプション*)                                     |
| 郵送先住所<br>_____<br>_____ |            | 主な連絡先(複数可)<br>( ) _____<br>( ) _____<br>電子メール・アドレス |

|                                                                                                                                                                                                                                                                 |       |      |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|------|--|
| 市町村名                                                                                                                                                                                                                                                            | 都道府県名 | 郵便番号 |  |
| 支払責任者の雇用形態<br><input type="checkbox"/> 会社員 (雇用日: _____) <input type="checkbox"/> 失業 (失業の期間: _____)<br><input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> 退職者 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ ) |       |      |  |

### 家族情報

あなたを含む、あなたの世帯の家族を記入してください。家族とは、出生、結婚、または養子縁組によって関係している2人以上の人で、一緒に暮らしている人を指します。患者が所得税申告書で誰かを扶養家族として申請できる場合、その人は本申請の目的上、患者の家族の一員となります。

家族の規模 \_\_\_\_\_

必要に応じて追加ページを添付してください。

| 氏名 | 誕生日 | 患者との関係 | 18歳以上の場合<br>勤務先名または収入源 | 18歳以上の場合<br>月間総収入(税引前)<br>を入力してください。 | 経済的支援を申請<br>していますか? |
|----|-----|--------|------------------------|--------------------------------------|---------------------|
|    |     |        |                        |                                      | はい / いいえ            |
|    |     |        |                        |                                      | はい / いいえ            |
|    |     |        |                        |                                      | はい / いいえ            |
|    |     |        |                        |                                      | はい / いいえ            |
|    |     |        |                        |                                      | はい / いいえ            |
|    |     |        |                        |                                      | はい / いいえ            |

大人の家族全員の収入を開示する必要があります。収入源には、例えば以下のようなものがあります。

- 賃金    - 失業    - 自営業    - 労災    - 障害    - SSI
- 子供／配偶者のサポート    - ワークスタディープログラム(学生)    - 年金    - 退職金口座の分配金
- その他(詳細を記載してください: \_\_\_\_\_)

CHI St. Francis Health

財政支援申請書 - 機密事項

収入情報

*確認:* 収入証明書を申請書に添付する必要があります。

あなたの家族の収入に関する情報を提供しなければなりません。財政支援の決定には収入の確認が必要です。

18歳以上の家族全員が、自分の収入を開示しなければなりません。確認されたすべての収入源について、証明書を提出してください。

収入証明書の例は以下の通りです。

- 昨年の所得税申告書（該当する場合は別表を含む）、または
- 「W-2」と呼ばれる源泉徴収票、または
- 現在の給与明細書（3ヶ月分）、または
- 雇い主などからの署名入り書面、および
- Medicaid および／または州政府による医療扶助の受給資格の承認／否認、または
- 失業補償金の受給資格の承認／否認。

収入証明書がない場合や無収入の場合は、基本的な生活費（住居費、食費、光熱費など）をどのように賄っているかを説明した署名入りの明細書を追加ページに添付してください。

資産情報

*確認:* 申請書には、資産を証明する書類を添付する必要があります。

家族が所有しているすべての資産の情報を提出しなければなりません。財政支援を決定するためには、資産の確認が必要です。

18歳以上の家族全員が、利用可能な財源を開示する必要があります。特定された資産の情報源ごとに証明書を提出してください。収入証明の例としては、以下のようなものがあります。

- 現在の銀行取引明細書（直近の3ヶ月間のもの）
  - 当座預金（複数可）
  - 貯蓄口座（複数可）
- 投資（株式、債券を含む）
- 信託財産

- マネーマーケット口座（複数可）
- 投資信託
- その他、資金を引き出してもペナルティが発生しない投資ファンド

### 追加情報

経済的困難、過剰な医療費、季節的または一時的な収入、個人的な損失など、現在の財務状況について他に知っておいていただきたい情報がある場合は、追加ページを添付してください。

### 患者同意書

私は、CommonSpirit Health が、経済的支援や支払いプランの適格性を判断するために、信用情報を確認したり、他の情報源から情報を得たりして、情報を確認することがあることを理解しています。

- 私は、私が提供した情報が、私の知る限りにおいて真実かつ正確であることを証明します。
- 私は、この医療費の支払いのために、単独で、または病院関係者の協力を得て、連邦、州、地方政府、民間のあらゆる援助を申請します。
- 私は、要求された情報を CommonSpirit Health 社に協力して提供しない場合、私の申請が拒否される可能性があることを理解しています。
- 私は、私が提出した情報は、信用調査機関を含む CommonSpirit Health による検証の対象となり、必要に応じて連邦および／または州の機関等による審査の対象となることを理解しています。
- 私は、援助を受ける資格を得るために、追加の情報を要求される場合があることを理解しています。

あなたが保険会社、労働者補償精度、またはその他の第三者から支払いを受ける場合、あなたは当病院に対し、そのような給付についてはすべて知らせることに同意します。当病院は、この原本を回収する管理を保持し、当病院のサービスに対する支払い額をあなたに提供する第三者に請求料金の全額を提供するものとします。

申し込み者の署名

日付