

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られることがあります：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、Alexian Brothers Health System (Ascension Illinois affiliates) 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、公的プログラムを受ける資格があるかどうかをAlexian Brothers Health System (Ascension Illinois affiliates) 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（または無回答）は、応募の結果に影響しません。

このフォームに記入し、サービス日後できるだけ早く、Alexian Brothers Health System (Ascension Illinois affiliates) に直接、郵送、電子メール、またはファックスで無料または割引ケアを申請してください。ケアの最初の請求書から240日以内であれば申請を受け付けます。この申請書を提出することにより、あなたは、Alexian Brothers Health System (Ascension Illinois affiliates) が、患者が経済的支援を受ける資格があるかどうかを判断するために必要とされる、申請書で要求された全ての情報を提供するために誠実な努力をしたことを認めたものとします。申請手続きについてご質問がある場合は、Alexian Brothers Health System (Ascension Illinois affiliates) の財務カウンセリング部門833-272-7581までお問い合わせください。

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、すべての欄に記入してください。申請書の該当しない行は、N/Aと記入してください)

日付 _____ アカウント番号 _____

名前(フルネーム) _____

生年月日 _____ 配偶者の有無 _____ 電話番号 _____

任意 - 性自認 - 自身をどのようにお考えですか？ 男性 女性 トランスジェンダー男性/トランス男性/生物学的女性で性自認が男性 (FTM) トランスジェンダー女性/トランス女性/生物学的男性で性自認が女性 (MTF) ジェンダーキア/性別の固定観念に当てはまら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 - 性自認：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 ハワイ先住民 グアム島人またはチャモロ人 サモア人 その他の太平洋諸島の住民

任意 - 民族性： 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/チカーナ 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 _____ 郵便番号 _____

任意 - 社会保障番号 _____

雇用主 _____ 雇用形態 _____

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 _____

所 _____ 市 _____ 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 _____

住所 _____ 市 _____ 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 _____

世帯に住む大人と子供の人数 _____

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 _____

受領した養育費

申請者の配偶者の収入 _____

_____ 受領した扶養

社会保障費 _____

_____ 賃貸不動産

年金/退職金収入 _____

産収入 _____ 食料

身体障害者の収入 _____

配給券 _____

失業補償金 _____

信託ファンドの分配金

労災保険 _____

_____ その他収入

収入 利息/配当金収入 _____

_____ 合計総

収入 _____

毎月の生活費

Ascension Illinois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 _____

公共料金 _____

電話（固定電話） _____

携帯電話 _____

食料品/食費 _____

ケーブル/インターネット/衛星テレビ _____

車の支払い _____

保育料 _____

養育費/扶養手当

_____ クレジット

カード _____ 医療/治

療費 _____

車両保険

_____ 住宅/

不動産保険 _____ 医療

/健康保険 _____ 生

命保険 _____

その他月間経費 _____

毎月の生活費合計 _____

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、Alexian Brothers Health System (Ascension Illinois affiliates) が外部の信用調査機関から情報を得ることを承認します。私は、この申請書の情報が私の知る限りにおいて真実であり、正しいことを証明します。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Alexian Brothers Health System (Ascension Illinois affiliates) によって検証される可能性があることを理解し、Alexian Brothers Health System (Ascension Illinois affiliates) が本申請書によって提供された情報の正確性検証のために第三者に接触することを承認します。私は、この申請書に虚偽の情報を意図的に記入した場合、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になることを理解しています。

申請者の署名 _____

日付 _____

コメント _____

支持を表明する手紙

患者のカルテ番号/アカウント番号 _____

支援者の氏名 _____

患者/申請者との関係 _____

支援者の住所 _____

Ascension Illinoisへ：

この手紙は、（患者名） _____ 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お知らせするものです。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。

扶養者の署名 _____

日付 _____

患者様/申請者様

Alexian Brothers Health System (Ascension Illinois affiliates) は、思いやりを原動力とし、すべての人、特に最も支援を必要としている方々に、パーソナライズされた治療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、医療ニーズに関わる治療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。

この手紙と添付の資金援助申請書は、あなたからの請求によりお送りしました。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：

Ascension Illinois PFS
Attention: Financial Assistance DepartmentPO
Box 74008855
Chicago, IL 60674-8855

この申請書についてのご質問は、患者担当者(833-272-7581)までお問い合わせください。

敬具、

Patient Financial Services
Ascension Illinois