

慈善ケア/資金援助申請書の記入説明

これは Swedish での資金援助 (慈善ケアとも呼ばれる) の申請です。

連邦法および州法は、すべての病院に資金援助を提供することを義務付けており、一定の収入要件を満たす方々とその家族が対象です。あなたは、健康保険に加入していても、家族規模と所得に応じて、無料ケアまたは割引ケアの資格を得ることができます (この共通の申請により、両方が考慮されます)。病院のウェブサイト <https://www.swedish.org/patient-financial-visitor-info/billing/financial-assistance> をご覧ください。

資金援助の対象は何ですか? 医療の資金援助は、あなたの適格性に応じて、当社の系列の病院または診療所のいずれかで提供される医療上必要なケアを対象としています。資金援助は、他の組織が提供するサービスを含め、すべての医療費を対象にできない場合があります。

ご質問がある場合、またはこの申請の完了に支援が必要な場合: Providence の資金援助ポリシー、プログラムに関する情報、および申請資料は、Providence のウェブサイトまたは電話で入手できます。障害や言語のサポートなど、どのようなサポートも受けることができます。要請に応じて翻訳された文書が入手可能です。

当社への連絡方法: <https://www.swedish.org/patient-financial-visitor-info/billing/financialassistance>.

顧客サービス担当者: 206-320-5300 または +(1) 877-406-0438

月曜～金曜 午前 8 時 30 分～午後 4 時

申請の処理には、次の事項が必要となります。

☐ **ご家族に関する情報を提供してください**

あなたの世帯構成員の人数を記入してください (家族には、出生、結婚、または養子縁組によって一緒に住んでいる方々が含まれます) カリフォルニア州に住んでいる場合、世帯または家族はこのように判定されます。患者が 18 歳以上の場合、家族には、配偶者、家庭内パートナー、21 歳未満の扶養されている子供が含まれます。但し、障害がある場合は、自宅に住んでいるかどうかにかかわらず、年齢を問いません。患者が 18 歳未満の場合または 18 歳～20 歳の扶養家族の場合、家族には両親、親族の介護者、親もしくはは親族の介護者、21 歳未満の他の扶養家族が含まれます。但し、障害のある場合は年齢を問いません。

☐ **給与明細や確定申告書、その他の所得情報(例: W-2 フォーム、社会保障賞レター)、および資産からの収入に関する明細書など、ご家族の月間総収入 (税金および控除前の収入) に関する情報をご提供ください。**

¹ (その他の例については、資金援助申請の収入セクションを参照してください)

☐ **必要に応じて追加情報を添付してください**

☐ **資金援助申請書に署名し、日付を記入します**

注記: 資金援助申請には社会保障番号を提供する必要はありません。申請者が社会保障番号提供した場合、その社会保障番号は、申請者を特定するために使用されたり、Providence に提供された情報を確認するために使用されたりすることがあります。社会保障番号をお持ちでない場合は、「該当なし」または「NA」と記入してください。全ての項目が記入された申請書とすべての証拠書類を以下の宛先に郵送してください。

Swedish Medical Center c/o Providence Regional Business Office, P.O. Box 31001-3422, Pasadena, CA 91110-3422 UNITED STATES OF AMERICA. 必ず、自分用のコピーを保持してください。507846221.4



全ての項目が記入された申請書を本人が直接提出するには: 最寄りの病院の資金援助相談室までお越しく
ださい。当社は、所得の証拠書類を含む全ての項目が記入された資金援助申請書を受け取ってから 14~30 日
以内に、適格性と不服申し立ての権利の最終判定について通知します (該当する場合)。

あなたは、資金援助申請書を提出することにより、当社が金銭債務および情報を確認するために必要な問い
合わせに同意したことになります。

1 州法で禁止されている場合を除き、Swedish は、メディケア費用報告のためにメディケアおよびメディケイ
ド サービスセンター (CMS) の要請に応じて、資産に関連する情報を収集して検討します。これは特に、メデ
ィケイド保険に加入していないメディケア受給者に適用されます。その他すべての方々の場合、資産情報はオ
プションです。

506318055.3

当社は皆様を支援いたします。速やかに申請書を提出してください。あなたは、州の慈善ケア法で禁止され
ていない限り、全ての項目が記入された申請書と必要な証拠書類を当社が受領するまで、引き続き請求明細
書を受け取ることができます。

慈善ケア/資金援助申請書 - 秘密

すべての情報を完全に入力してください。該当しない場合は「NA」とご記入ください。必要に応じて追加のページを添付します。

審査情報

通訳が必要ですか? ☐ はい ☐ いいえ はいの場合、希望の言語を挙げてください:

患者はメディケイドを申請しましたか? ☐ はい ☐ いいえ 患者は盲目ですか? ☐ はい ☐ いいえ 患者は障害者ですか? ☐ はい ☐ いいえ

患者は TANF、Basic Food、WIC などの州の公共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

患者の医療ニーズは交通事故や労働災害に関連していますか? ☐ はい ☐ いいえ

- あなたが申請した場合でも、当社は資金援助を受ける資格があることを保証することはできません。
- 申請書をお送りいただくと、すべての情報が確認され、追加情報や所得証明書の提出を求められる場合があります。
- 当社は、全ての項目が記入された申請書と証拠書類を受領してから 14~30 日以内に、当社の判定結果をあなたに通知します。

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		患者のファミリーネーム
<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> その他 (明記可能)		生年月日		患者の社会保障番号 (オプション)
支払義務者	患者との関係	生年月日	社会保障番号 (オプション)	
郵送先住所 _____ _____ 市 州 郵便番号			主な連絡先番号 () _____ () _____ E メールアドレス :	

支払義務者の雇用形態

☐ 雇用者 (雇用日): _____ ☐ 失業者 (失業期間): _____

☐ 自営業者 ☐ 学生 ☐ 障害者 ☐ 退職者 ☐ その他 _____

慈善ケア/資金援助申請書 - 秘密

家族情報

あなたを含む、あなたの世帯構成員をリストアップしてください。「家族」には、出生、結婚、または養子縁組によって関係があり、一緒に住んでいる人々が含まれます。

家族規模 _____ *必要な場合、追加ページを添付*

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: 総月間総収入 (税引前):	資金援助も申請していますか?
					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
					はい / いいえ
					はい / いいえ

家族の成人全員の収入を開示する必要があります。収入源には、例えば次のようなものがあります。賃金 - 失業 - 自営業 - 労働者補償 - 障害 - SSI - 児童/配偶者支援 - 就労学習プログラム (学生) - 資産から得られる収入 - 株式、債券、IRA、投資信託、家賃収入など。

慈善ケア/資金援助申請書 - 秘密

所得情報

留意事項: 申請書には所得証明書を添付する必要があります。

家族の収入に関する情報を提供する必要があります。資金援助の判定には収入の確認が必要です。**18 歳以上の家族全員が各自の収入を開示する必要があります。**証拠書類を提出できない場合は、収入を記載した署名入りの明細書を提出することができます。特定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。所得証明書の例は次のとおりです。

- 「W-2」源泉徴収票、または
- 現在の給与明細 (3 か月分)、または
- 昨年の所得税申告書 (該当する場合はスケジュールを含む)、または
- 雇用主またはその他の者からの署名入りの書面による証書、または
- 資産 (株式、債券、IRA、投資信託など) から得られる損益計算書、または
- 失業補償の適格性の承認/拒否。

所得証明書がない場合、または所得がない場合は、説明を記載したページを追加してください。

経費情報

この情報を使用して、申請者の経済状況をより完全に把握します。

毎月の必須生活費:

家賃/住宅ローン	\$ _____	医療費	\$ _____
医療保険料	\$ _____	光熱費	\$ _____
その他の債務/経費 \$ _____ (養育費、ローン、薬剤費、その他)			

資産情報と証拠書類

現在の当座預金残高 (銀行取引明細書の提出が必要かどうかは下記をご覧ください*)

\$ _____

普通預金残高

\$ _____

あなたの家族は他にもこれらの資産を所有していますか? 該当するものすべてにチェックマークを入れてください

☐ 資産なし

☐ 株式 ☐ 債券類 ☐ 401K ☐ 医療貯蓄口座

メディケイド保険に加入していないメディケア受給者の場合、Swedish は銀行取引明細書または同様の元の証拠書類の提出を求める場合があります。

*この情報は、メディケイド保険に加入していないメディケア受給者のみに要求されます。その他すべての場合、この情報はオプションです。この情報は、Providence のポリシーおよび医療を受けた州の規定に従ってのみ使用でき、メディケア費用報告のために Centers for Medicare and Medicaid Services (メディケアおよびメディケイド サービスセンター: CMS) によって、必要に応じて収集され検討されます。

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、現在の経済状況について、**Providence** に知らせておきたいその他の情報がある場合は、追加のページを添付してください。

患者の同意書

私は、Swedish が資金援助や支払計画の適格性を判定するために、信用情報を確認したり、他の情報源から情報を取得したりすることによって情報を確認する場合があることを理解しています。

私は、私の知る限り、上記の情報が真実であり、正しいことを断言します。私が提供した財務情報が虚偽であると判断された場合、その結果、資金援助が拒否される可能性があり、提供されたサービスに対して私が責任を負い、その料金を支払うことが期待さ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