

# 経済支援申請書

患者または申請者の氏名: \_\_\_\_\_

住所: \_\_\_\_\_

市: \_\_\_\_\_ 州: \_\_\_\_\_ ZIP: \_\_\_\_\_

電話番号: \_\_\_\_\_ 未婚・既婚の別: \_\_\_\_\_

サービス提供日: \_\_\_\_\_

お客様番号: \_\_\_\_\_

CSN: \_\_\_\_\_

病院: \_\_\_\_\_

経済支援の審議のために、以下の記載が必須となります。保険無加入の患者は、支援の受給の前に当会が定める保険適格ベンダーに加入する必要があることに留意してください。完全な申請書を受領し、当会が定めるベンダーに加入してから90日以内に判断が下されます。

氏名	患者との関係	生年月日	総収入の合計 (サービス提供日の 直近3か月間)	総収入の合計 (サービス提供日の 直近12か月間)	収入源である雇用主名 (大学生の場合はその旨記入の こと)
	本人				

- 総収入が0と報告された方へ、どのような支援を受けていますか? \_\_\_\_\_
- 訪問時に、どの州に滞在しましたか? \_\_\_\_\_
- メディケイド、または他の郡の支援を申請したことがありますか?  いいえ  はい (日付/州 \_\_\_\_\_)
- サービス提供日に健康保険に加入していましたか?  いいえ  はい (申請書にカードのコピーを添付してください)
- サービス提供日は自動車事故と関係がありますか?  いいえ  はい (保険会社名/クレーム番号 \_\_\_\_\_)
- ご家族のどなたかが当座預金または普通預金口座をお持ちですか?  いいえ  はい (金額 \_\_\_\_\_)
- ご家族のどなたかが他の資産をお持ちですか?  いいえ  はい (種類/価格) \_\_\_\_\_
- 自宅を所有していますか、それとも賃貸ですか?  所有  賃貸  その他 ( \_\_\_\_\_ )

上記に列挙された所得資産に関して、世帯の各人ごとに以下を報告する必要があります:

(受領物を確認してください)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 被雇用者 = 3 または 12 か月の収入       | <input type="checkbox"/> 自営業者 = SCHEDULE C を含む、完全な納税申告書      |
| <input type="checkbox"/> 失業者 = ベネフィットレター             | <input type="checkbox"/> 養育費負担者 = 裁判所の命令文書                   |
| <input type="checkbox"/> 社会保障手当受給者 = ベネフィットレター       | <input type="checkbox"/> その他 = 配当金、利子、賃貸収入等、他のすべての収入の証明書     |
| <input type="checkbox"/> 年金または障がい者給付金受給者 = ベネフィットレター | <input type="checkbox"/> 当座 / 普通預金 = 各口座に対する、最新の 30 日間の取引明細書 |

証明: 本文書への署名により、私は本申請書に記載された回答が真実であることを誓います。個人の経済支援申請書において、その個人が誤った、もしくは不正な情報を提供していたことが後の調査で明らかとなった場合、経済支援を実施する決定が無効となる可能性があり、責任者は請求されます。私が提出する情報は、信用調査機関を含む医療提供者による検証の対象となり、必要に応じて連邦および/または州の機関その他による調査の対象となることを理解しました。

患者の署名: \_\_\_\_\_ 日付: \_\_\_\_\_

申請者または代理人の署名: \_\_\_\_\_ 続柄: \_\_\_\_\_ 日付: \_\_\_\_\_  
(患者ではない場合)

記入済みの申請書および文書の郵送先:  
Bon Secours Southside Regional Medical Center  
200 Medical Park Blvd. | Petersburg, VA 23805