



## 財政支援申請書

患者アカウント番号

治療を受けた病院

患者の姓

患者の名

患者の社会保障番号

患者の生年月日

保証人の姓（異なる場合）

名

保証人の社会保障番号

生年月日

保証人住所

自宅電話番号

市

州

郵便番号

保証人の雇用者名

保証人の職務/部署

保証人の勤務先住所

保証人勤務先電話番号

市

州

郵便番号

配偶者の雇用者名

配偶者の職務/部署

配偶者の勤務先住所

配偶者の勤務先電話番号

市

州

郵便番号

### 家族（申請者を含む）

名前	患者との続柄	生年月日	勤務先	年収
1)				
2)				
3)				
4)				
5)				
6)				
7)				
8)				
9)				
10)				

## Dignity Health 財政支援申請書（続き）

財政支援を受ける資格が確かであることを判定するため、最初に以下の情報を記入して提出し、経済的困難を証明していただく必要があります。申請書に記入し、以下の項目すべてを記入したものをご返送ください。これらの書類のいずれかを提出できない場合、または評価に影響を与える可能性のある事柄がほかにある場合は、あなたの状況を説明した文書を提出してください。

必須書類：

1. 身分証明—下記のうちいずれか **1点**：
  - 社会保障カードの複写
  - 州発行の運転免許証の複写
  - その他の写真付き身分証明書の複写
2. 現住所を確認できるもの—下記のうちいずれか **1点**：
  - 家賃の領収書
  - 公共料金支払書
3. Medi-Cal または居住する州の Medicaid 制度における資格の却下通知。
4. Dignity Health のサービスが提供された日以前の 12 か月間における家族全員\*の所得証明。これには、最新の所得税申告書や同時期の給与明細書が含まれます。自営業の場合は、所得申告が記載された Schedule C（事業所得の損益計算書）を添付してください。これらを提出できない場合は、過去 3 か月の財務状況を述べた文書を別途作成し、この申請書に添えて提出してください。

\*患者の家族として対象となる人物：

- a) 18歳以上の場合は、配偶者、同居のパートナー（Section 297 of the Family Codeに規定のとおり）、同居の有無を問わず21歳未満の扶養家族
- b) 18歳未満の場合は、親、後見役の親類、そのほかの親または後見役の親類の子で21歳未満の者。

---

提出された書類の初回審査終了後、資格の有無を判定するため、以下が必要となります。

金銭的資産を証明するもの—下記のすべて：

- 当座預金口座明細書-過去 3 か月
- 普通預金口座明細書-過去 3 か月
- 株式、債券、預金証書

以下に署名することにより、あなたは助成金の検討対象とみなされることに同意することになります。また、あなたは、この申請において作成したすべての文書が、あなたの知識の及ぶ限り真実であり完全なものであることを保証することになります。あなたが提出した情報に不備や誤りがあることが判明した場合は、あなたへの請求に対する割引が無効とされたり、全額払いを求められる場合があります。以下に署名することにより、あなたは Dignity Health に対し、これを評価するために証明書や身元保証人ならびにクレジット記録を確認する許可を与えることになります。

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。

---

請求に対する責任者の署名（保証人）

日付

記入済み申請書の送付先：

Bakersfield Memorial Hospital  
420 34th St  
Bakersfield, CA 93301