Dignity Health

St. Marys Medical Center (SF)
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 500%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。(415) 750-5817

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。St. Marys Medical Center (SF), PO Box 3008, Rancho Cordova, CA 95741-3008. Fax: 877-691-1151. 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。St. Mary's Medical Center, 450 Stanyan Street, San Francisco, CA 91204

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。

St. Marys Medical Center (SF)

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ディグニティー CommonSpirit 健康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
生年月日	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 市町村名　都道府県名　郵便番号			主な連絡先（複数可） (　　) _____ (　　) _____ 電子メール・アドレス _____

Dignity Health

支払責任者の雇用形態

□ **会社員** (雇用日:_____) □ **失業** (失業の期間:_____)

□ **自営業** □ **学生** □ **障害者** □ **退職者** □ **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。患者の家族には以下が含まれます。

- 18 歳以上の方の場合、配偶者、ドメスティックパートナー、21 歳未満の扶養家族（自宅に住んでいるかどうかは問いません）。
- 18 歳未満の方の場合 - 親、養育者の親族、および親または養育者の親族の 21 歳未満の他の子供。

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 勤務先名または収入源	18 歳以上の場合 月間総収入（税引前）を入力してください。	経済的支援を申請していますか？
					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

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:*_____)

St. Marys Medical Center (SF)

財政支援申請書 - 機密情報

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。

- 直近の所得税申告書（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（*6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

Dignity Health

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

カリフォルニア病院フェア請求プログラム

ご注意：
あなたの言語にて助けが必要な時は、こちらにお電話ください (415) 750-5817 もしくは、こちらにご訪問**ください** St. Marys Medical Center (SF)。オフィスは 午前8:00から午後4:30まで 開いており、こちらにありますSt. Mary's Medical Center, 450 Stanyan Street, San Francisco, CA 91204 。点字、大活字、音声、その他のアクセシブルな電子フォーマットの文書など、障害者のための補助やサービスも利用できます。これらのサービスは無料。

請求書支払いのサポート
請求や支払いのプロセスを理解するのに役に立つ無料の消費者支援団体があります。詳細は、Health Consumer Alliance に電話（888-804-3536）するか、または healthconsumer.org をご参照ください。

病院請求書苦情処理プログラム
病院請求書苦情処理プログラムは州のプログラムであり、病院請求書の支払いを援助する資格があるかどうかについての病院の決定を審査します。不当に金銭的援助を拒否されたと思われる場合は、病院請求苦情プログラムに苦情を申し立てることができます。詳細および苦情申し立てについては、HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov をご参照ください。

割引支払いまたはチャリティ・ケアの適格申請

(1) 患者が割引支払いのみを申請する場合、当院は
収入を証明する書類として、最近の給与明細書または確定申告書のみを要求することができます。

(2) 割引支払いのみを申請する患者は、チャリティーケアプログラムのもとで受けられる経済的援助よりも少ない経済的援助を受ける可能性があります。