

## 慈善ケア/経済援助申請フォームの記入説明

これは、プロビデンスでの経済援助 (慈善ケアとも呼ばれます) の申請書です。

連邦法および州法は、すべての病院に経済的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人々とその家族が対象です。健康保険に加入している場合でも、家族の人数や収入に応じて、無料または割引の医療を受ける資格がある場合があります。経済援助政策とスライドスケールガイドラインを表示するには、お住まいの州のウェブサイトアクセスしてください。 <https://www.providence.org/obp>

**経済援助は何をカバーしますか?** 医療経済援助は、あなたの資格に応じて、構成組織内の病院または診療所のいずれかが提供する医療ケアをカバーします。経済援助は、他の組織が提供するサービスを含め、すべての医療費をカバー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サポートが必要な場合:** プロビデンスの経済援助方針、プログラムに関する情報、および申請資料は、プロビデンス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、どのような理由でもサポートを受けることができます。リクエストに応じて翻訳された文書を手に入れます。お問い合わせ先：  
<https://www.providence.org/obp>

カスタマーサービス担当者: 503-215-7575 または 855-229-6466

月曜～金曜 午前8時～午後5時

申請には、次の事項を行う必要があります。

- ご家族に関する情報を提供してください**  
あなたの世帯の家族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人々が含まれます)
- 給与明細、W-2 フォーム、納税申告書、社会保障給付通知書、資産から引き出された収入の明細書など、家族の毎月の総収入 (税金および控除前の収入) に関する情報を当社に提供し、資産に関する書類を申告および提供してください。<sup>1</sup> (その他の例については、経済援助申請の「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**
- 経済援助フォームに署名し、日付を記入します**

**注記:** 経済援助の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、プロビデンス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」と記してください。

**完成した申請書とすべての書類を以下の宛先に郵送してください。** Providence Regional Business Office, P.O.Box 3299 Portland, OR 97208-3395 UNITED STATES OF AMERICA.必ずコピーを自分用に保管してください。

**完成した申請書を直接提出するには:** 最寄りの病院の経済支援相談室までお越しください。収

<sup>1</sup> 州法で禁止されている場合を除き、プロビデンスは、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) の要求に応じて、資産に関連する情報を収集して検討します。

入に関する書類を含む完全な経済援助申請書を受け取ってから 14 日から 30 日以内に、適格性と異議申し立ての権利の最終決定について通知します (該当する場合)。

経済援助申請を提出することにより、当社が経済的義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ものとみなされます。

**私たちは皆さんを支援いたします。速やかに申請書を提出してください。州の慈善医療法で禁止されていない限り、記入済みの申請書と必要書類を当社が受領するまで、引き続き請求明細を受け取ることができます。**

**慈善ケア/経済援助申請書 - 機密取扱**

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。

**スクリーニング情報**

通訳が必要ですか?  はい  いいえ 「はい」の場合、選好言語をリストします:

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  
 患者さんは障がい者ですか?  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

**注意事項**

- 申請した場合でも、経済的支援を受ける資格があることを保証するものではありません。
- 申請書をお送りいただくと、すべての情報が確認され、追加情報や収入証明書の提出を求められる場合があります。
- 記入済みの申請書と書類を受領してから 14 ~ 30 日以内に、決定結果を通知します。

**患者および申請者の情報**

患者の名 (ファーストネーム)	患者のミドルネーム	患者の姓 (ファミリーネーム)
<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> その他 (指定する場合があります)	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		主な連絡先番号
_____		( ) _____
_____		( ) _____
		メールアドレス:
		_____
郵便番号	都道府県	市町村

支払義務者の雇用形態

就業者 (入社日): \_\_\_\_\_  失業者 (失業期間はどのくらいですか?) \_\_\_\_\_

自営業  学生  無効  退職者  その他 \_\_\_\_\_

### 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。

ファミリーサイズ \_\_\_\_\_

必要に応じて追加のページを添付します

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):	経済援助も申 請しています か?
					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/経済援助申請書 - 機密取扱

### 収入情報

注: 申請書には収入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。経済援助の決定には収入証明が必要です。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。書類を提出できない場合は、あなたの収入を説明する書面による署名済みの証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の証明書を提出してください。

収入証明書の例は次のとおりです。

- 「W-2」源泉徴収票、また
- 現在の給与明細(3ヶ月分)、また
- 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
- 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
- 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
- 失業補償の受給資格の承認/拒否。

収入証明書がない場合、または収入がない場合は、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 \$ \_\_\_\_\_

医療保険保険料 \$ \_\_\_\_\_ 公共料金 \$ \_\_\_\_\_

その他の負債/支出 \$ \_\_\_\_\_ (養育費、ローン、薬、その他)

### 資産情報

この情報は、プロビデンス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。

現在の当座預金残高

\$ \_\_\_\_\_

現在の普通預金残高

\$ \_\_\_\_\_

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を入れてください

株式  債券  401K  医療貯蓄口座  信託

不動産(本住居を除く)  事業経営

### 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、プロビデンスに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、プロビデンスが経済的支援や支払い計画の資格を判断するために、信用情報を確認したり、他の情報源から情報を取得したりすることによって情報を確認する必要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、経済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