



病院経済支援プログラム (Financial Assistance Program)申請書
 P.O.Box 748733
 Atlanta, Georgia 30374
 電話番号: 470-245-9998

患者情報 米国居住者: はい いいえ

医療記録番号(Medical Record Number, MRN): _____ 施設名: _____

患者名: _____ ソーシャル・セキュリティ (Social Security, SS) 番号: _____ 生年月日: _____

保証人および配偶者の情報 既婚 離婚 離別 死別 独身

保証人氏名: _____ SS 番号: _____ 患者との関係: _____

生年月日: ____ / ____ / ____ 自宅住所: _____

電話番号: (____) _____ その他電話番号: (____) _____

雇用主 1: _____ 住所: _____

勤務先番号: _____ 職務: _____ 年俸制またはフルタイム・パートタイム・無職
 時給制: _____ (1つに○印)

雇用主 2: _____ 住所: _____

勤務先番号: _____ 職務: _____ 年俸制またはフルタイム・パートタイム・無職
 時給制: _____ (1つに○印)

配偶者の氏名: _____ SS 番号: _____ 生年月日: ____ / ____ / ____

雇用主 1: _____ 住所: _____

勤務先番号: _____ 職務: _____ 年俸制またはフルタイム・パートタイム・無職
 時給制: _____ (1つに○印)

雇用主 2: _____ 住所: _____

勤務先番号: _____ 職務: _____ 年俸制またはフルタイム・パートタイム・無職
 時給制: _____ (1つに○印)

法定扶養家族(連邦税申告書に記載できる扶養家族のみ記載)

氏名(名、ミドル、姓)	生年月日(mm/dd/yy)	続柄	
	/ /		メディケイド(Medicaid)の申請はしましたか? はい _____ いいえ _____
	/ /		
	/ /		コブラ(Cobra)の受給資格はありますか? はい _____ いいえ _____
	/ /		

資産およびその他の収入源

当座(Checking)預金残高: \$ _____ 銀行名: _____ 貯蓄(Savings)預金残高: \$ _____ 銀行名: _____

マネーマーケット口座残高: \$ _____ 銀行名: _____ 給付金(Social Security): \$ _____ 年金額: \$ _____

扶養手当: \$ _____ 育児給付: \$ _____ 定期預金(CD): _____

その他の資産(株式、債券など): 種類: _____ 価値(\$): _____

学生ローンの払戻を受けていますか? はい・いいえ (1つに○印) 払戻金額: \$ _____

過去3年間に破産を申し立てたことがありますか? はい・いいえ (1つに○印) 「はい」の場合は日付をご記入ください: ____ / ____ / ____

賃貸物件を所有していますか? はい・いいえ (1つに○印) 「はい」の場合、月収はいくらですか? \$ _____ 不動産の価値: \$ _____

ウェルスター・ヘルス・システム (WellStar Health System) は、ウェルスター病院 (Wellstar Hospitals) で医療上必要な治療を受けたいが、その治療費を支払う手段が限られている、または支払う手段がない患者に経済的支援を提供することをお約束します。Wellstar は、支払い能力や Financial Assistance Program による資格の有無にかかわらず、すべての人に緊急医療を提供します。

Wellstar Hospital の経済的支援を受けるためには、公的および私的な支払いプログラムによる代替支払い源または補償を特定し決定する上で、Wellstar との協力が必要です。資金援助を受けるためには、以下のことが必要です：

申請情報：

真実を正確に記入し署名した資金援助申請書を提出する必要があります。また、Financial Assistance 申請者は、家計収入と家計資産を証明するため、該当する以下の書類を提出する必要があります：

直近の国税庁 (Internal Revenue Service, IRS) フォーム 1040 および IRS フォーム 1040 と一致する過去 1 年間に発行された IRS W-2/1099 (該当する場合)

現在の財務状況に基づき、以下の書類を提出してください：

- 直近 3 カ月分の給与明細書または総賃金を証明する雇用主の声明書、および世帯の当座預金、普通預金、マネーマーケット、その他の銀行口座または投資口座の直近 2 カ月分の銀行取引明細書を提出してください。白紙ページを含む全ページを提出してください。または
- 直近の IRS Form 1040 (すべての明細を含む) および IRS Form 1040 と一致する過去 1 年間に発行された IRS W-2/1099 (該当する場合)。

追加書類 (該当する場合)

- その他の収入 (失業手当、障害手当、退職金、学生ローン、ソーシャル・セキュリティ・オフィス (Social Security Office) からの賞状、自営業の場合は現在の損益報告書、裁判所命令の扶養手当に関する書類、裁判所命令の養育費に関する書類、世帯のベネフィットカード利用明細書 (Benefit Card Activity Statement, TANF) など) については、直近 2 カ月分の明細書を提出してください。
- 失業期間が 3 ヶ月未満の場合—前職場の離職届
- 失業期間が 3 ヶ月以上の場合—賃金照会 (労働省 (Department of Labor))
- 失業補償却下通知書 (Unemployment compensation denial letter)
- 資産価値に関する書類 (固定資産税明細書、預金証書、その他の投資明細書を含みますが、これらに限定されません。)
- 患者に収入または現物援助を提供した個人からの寄付金明細書。
- 文書の改ざん・編集は一切認められません。

申請書の手続きには、これらの情報を 30 日以内に提出いただく必要があります。Wellstar Health System の Financial Assistance Program による Financial Assistance 審査の対象となる口座は、退院後の最初の請求明細書発行日から 240 日以内に申請書を提出する必要があります。万一、コンプライアンスに違反した場合、Wellstar は、Financial Assistance Program のための口座手続きを行わない権利を留保します。本申請に関するご質問やサポートについては、Wellstar までお問い合わせください：

一括請求オフィス (Single Billing Office, SBO) 経済支援プログラム (Financial Assistance Program, FAP)
Department, P.O.BOX 748733 Atlanta, GA 30374, ファックス番号：770-792-1737 または電話番号：
470-245-9998

コメント：

私は、Wellstar に対し、Financial Assistance Program に対する私の受給資格を判断するよう依頼いたします。私は、私の年収と家族の人数に関する提出した情報が確認されなければならないことを理解しています。また、私が提出した情報が虚偽であると判断された場合、Financial Assistance の受給資格の却下につながることを理解しています。私はさらに、Wellstar の会計料金の支払いに利用できる可能性のある援助（Medicaid、メディケア(Medicare)、州補助(State Aid)（がんの場合）、職業リハビリ(Vocational Rehab)、保険など）の申請および審査手続きに従うことに同意します。私は、そのような援助を得るために必要とみなされるあらゆる行為の実施に全面的に協力し、Wellstar の料金の回収額を Wellstar に譲渡または支払います。私は、Financial Assistance Program の調整後に残った残高を支払うことに同意します。これを怠った場合、Financial Assistance Program の割引が取り消される可能性があります。保証人 1 名につき、Financial Assistance Program の申請書が必要です。

私は、上記の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確認します。

保証人の署名： _____ 日付： _____

要求された書類の代わりに使用できるシナリオおよび追加書類：

- 当年度の所得が確定申告書の所得を下回る場合は、確定申告書の代わりに2ヶ月分の預金残高証明書（ページ省略不可）と3ヶ月分の給与明細書を提出してください。

直近の連邦所得税申告書(Federal Income Tax Return)（すべての W-2、1099、明細書を含む）のコピーを提出できない場合は、以下のうち 2 つを提出してください：

- 直近3ヶ月分の給与明細書（または失業証明書）、および当座預金、普通預金、マネーマーケット口座の現在の銀行取引明細書2通（ページ省略不可）を提出してください。
 - 銀行口座に追加の入金がある場合は、その入金を裏付ける書類が必要となります。
 - 贈与または借入金については、贈与者または借入先からの書状。
 - 相続の場合は、その金額を裏付ける検認書。
 - IRA、401k、その他の退職金の分配、または株式/債券の売却の場合は、分配額を確認するための口座の明細書。
 - 生命保険ローン (life insurance loans) の場合は、その口座からの分配について記載された明細書。
 - 車の売却の場合は、売却証書の写し。
 - 養育費については、養育費の額が記載された離婚協議書の写し。
 - 給与明細が発行されない仕事の場合は、雇用主（友人や家族であっても可）から給与額と支給回数を明記した書面。
 - 過去3ヶ月間に収入がない場合は、援助者のサポートレター、social security番号をお持ちの場合はDepartment of Laborからの賃金照会書。
- その他の状況：
 - 患者が子供と同居している親であり、子供が確定申告で親を扶養している場合。
 - 銀行残高証明書、給与明細書、サポートレターを提出してください。
 - 患者がホームレスである場合。
 - 賃金の照会先をご記入ください。または、
 - 現金払いの場合は、収入証明書と同居人からのサポートレターが必要です。
 - 患者または申請者が21歳未満で、他人の確定申告書に扶養家族として記載されている場合。
 - 両親の確定申告書、W-2、1099の全ての明細書を提出してください。
 - 両親が確定申告をしていない場合は、両親の銀行残高証明書と給与明細書を提出してください。