



WellStar Health System
医療財務支援プログラムの申し込み
改訂日: 2016年6月21日

LD-24-01-JA4K Japanese Rev 6/16
P.O Box 670747
Marietta, Georgia 30066
電話: 770-792-1791

患者情報 米国居住者 はい いいえ

アカウント番号: _____ 会社: _____
名前: _____ SS#: _____ 生年月日: _____

保証人および配偶者情報 既婚 離婚 別居 死別

名前: _____ SS# _____ 患者との関係: _____

生年月日: ____ / ____ / ____ 自宅住所: _____

電話番号: (____) _____ その他の電話番号: (____) _____

勤め先: _____ 住所: _____

従業員番号: _____ 役職: _____ 年俸または時給: _____
フルタイム または パートタイム (どちらかに丸)

配偶者の名前: _____ SS# _____ 生年月日: ____ / ____ / ____

勤め先: _____ 住所: _____

従業員番号: _____ 役職: _____ 年俸または時給: _____
フルタイム または パートタイム (どちらかに丸)

法的扶養 (連邦税フォームで申請可能な扶養家族のみ記載してください)

名前(姓名)	生年月日(mm/dd/yyyy)	関係
	/ /	
	/ /	
	/ /	
	/ /	
	/ /	
	/ /	

メディケイド(米医療費補助制度)を適用しましたか?
はい いいえ

コブラ(米保険制度)の資格をお持ちですか?
はい いいえ

資産およびその他の収入

当座残高 \$ _____ 銀行名: _____ 預金残高 \$ _____ 銀行名: _____

年金受給額(月額) \$ _____ 社会保障番号: \$ _____ 個人退職年金(IRA) \$ _____ 定期預金証書 \$ _____ 養育費 \$ _____

奨学金の還付金を受けていますか? はい/いいえ(どちらかに丸) 学生還付金 \$ _____

扶養手当 \$ _____ 地主: はい/いいえ(どちらかに丸) 額面 \$ _____ 株、証券、401K(企業年金)など、その他の資産 \$ _____

自己所有不動産を貸し出していますか? はい/いいえ(どちらかに丸) はいの場合、1ヶ月あたりの不動産収入はいくらですか? \$ _____ 不動産価値はいかほどですか? \$ _____

過去3年の間に、破産申告をしたことがありますか? はい/いいえ(どちらかに丸) はいの場合、破産した日付: ____ / ____ / ____

株式や証券をお持ちですか? はい/いいえ(どちらかに丸) はいの場合、その額面価格はいくらですか? \$ _____

WellStar Health System では、WellStar 傘下の病院において、医療が必要だが、支払い手段がない、または支払いできる金額に制限がある患者様に、経済的なサポートを提供することに取り組んでいます。WellStar は、支払い能力や、財政支援プログラムの資格の有無にかかわらず、あらゆる人に対し、救急手当を施します。

WellStar 病院の財政支援を受ける資格を得るためには、支払プログラムが公的なものか私的なものかを問わず、支払いや補償の代替手段を特定、決定するために、WellStar と連携する必要があります。財政支援の資格を申請するためには、次の情報が必要です。

申し込み情報:

- 財政支援の申し込みの際し、**真実、正確で、漏れがなく、署名された申込書を提出し、**
- 財政支援のすべての申込者は、世帯収入、世帯資産を、次の該当する書類のいずれか、またはすべてを提出することにより、証明する必要があります。**

最近の連邦所得税申告書の写しを提出できない場合は、次の書類のいずれか、またはすべてを提出してください。

- 総賃金を証明する、雇用主が発行した直近 3 か月の給与明細、または
- 昨年発行された IRS W-2、または
- 直近の IRS フォーム 1040、または
- 金融市場、またはその他の銀行口座、投資口座における、当座、預金、直近 2 か月の銀行の明細書
- 直近 2 か月のその他の収入 (例: 失業保険、障害者手当、退職金、奨学金、社会保障局の決定書、自営業者の場合、損益報告書、扶養手当に関する書類、養育費に関する書類) の書面による明細、または
- 失業保険受給者番号、または
- 資産価値に関する書類。これには、財産税明細、定期預金証書、401k、403b、個人退職年金 (IRA) およびその他の投資明細が含まれますが、これに限定はされません。または
- 患者様に対し、現金、または現物での支援を行った個人からの寄付明細。

お申し込みを処理するためには、この情報をご提出いただく必要があります。最初の請求書の支払日から 240 日以内に、上記の情報をご提出いただけない場合、WellStar は、財政支援プログラムの承認に向け、貴殿のアカウントを処理しない権利を留保します。支援の申し込みに関してご質問がある場合、WellStar まで、

SBO FAP Department, 805 Sandy Plains Road, Marietta, GA 30067 か、 678-838-5750 にお電話にてご連絡ください。

コメント:

私は、WellStar に対し、WellStar 財務支援プログラムの資格授与を決定していただけるよう要請します。私は、年収、家族人数に関する情報を提出する責任を負い、提出した情報が検証される必要があることを理解しています。また、提出した情報に偽りがあると判断された場合、その結果、財務支援プログラムの資格申請が却下されることも理解しています。WellStar アカウントの請求に対する支払いに充てられる可能性のある、あらゆる支援 (例: メディケイド、メディケア、州の援助 (癌患者)、失業保険、保険) にさらに申し込むことに同意します。このような支援を受けるために、必須とみなされている対策をとり、WellStar の請求額に充当するため、受けた支援額を WellStar に割り当て、支払うために最大限の協力をします。財務支援プログラムによる調整が行われたあとの残高を支払うことに同意します。支払いを履行しなかった場合、財務支援プログラムの割引が無効になる場合があります。保証人 1 名につき 1 件の記入済み財務支援プログラム申し込みが必要です。

上に記載した情報が、私の知る限りにおいて真実で正しいものであることをここに誓います。

保証人署名: _____ 日付: _____
