

First Hill SURGERY CENTER

患者様およびご家族の方へ

医療費の支払いは困難となる場合があります。ファースト・ヒル・サージェリー・センターは患者様と協力し、自由返済プランオプションまたは経済援助割引に対する適格性を確認します。経済援助が付与される場合は、一部または全額が減額となります。

経済援助を検討されている方は、以下の文書をご提出ください：

1. すべての項目に記入した署名済みの経済援助依頼書
2. 家計/世帯収入を確認できる物（あなたの収入を示す物として送付することができる一例を以下に挙げます）
 - a. 最近の給与明細書 2 枚
 - b. 前四半期の損益計算書
 - c. 生活保護の承認状または否認状
 - d. 社会保障給付状
 - e. 最近の納税申告書
3. 無収入を主張する場合または他に適格性に影響を与える可能性がある状況にあると考える場合は、陳情書を添付してください。誰かがあなたの食費や居住費を支払っている場合は、当該人物からの陳情書を添付してください。さらに、収入源を失ってから期間を記載してください。
4. 連邦貧困水準が 100% を超えるご家族は、利用できる資産を確認するため文書が必要になる可能性があります。最近の連邦貧困水準は当センターのウェブサイト (<http://www.firsthillsurgerycenter.com/>) よりご確認くださいか、財務カウンセラーにご連絡ください。

申請書と添付書類をできるだけ早く提出していただくことで、当センターはあなたの残高の解消をお手伝いできる可能性があります。FHSC には財務カウンセラーがおり、必要な場合個人的にお手伝いすることができます。

経済援助が付与される場合は、FHSC 施設からの適切な医療費のみが対象となります。他の医療団体、病院、または医師グループにかかる医療費には適用されません。それらの経済援助につきましては他医療団体に直接ご連絡ください。

経済援助を申請する場合は、当センターが必要に応じてあなたの金融債務または資料を詳しく調べることに同意したことになります。

申請書類一式は、下記部署および住所までご本人が直接ご提出いただくか、ご郵送ください。

患者財務サービス
宛先：財務カウンセラー
1145 Broadway
Seattle WA 98122

経済援助依頼書

I.患者の情報			
患者の氏名	氏名	ミドルネーム	自宅電話番号
住所	番地	市	州 郵便番号
勤務先電話番号	出生日	かかりつけ医 (PCP)	あなたは米国市民ですか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「いいえ」の場合は、当センターの経済援助に加えて特別な公的低所得者医療扶助制度への申請をお手伝いすることができる場合があります。

II.保証人情報 (医療費について責任を負う人)			
医療費について責任を負う人の氏名			患者との関係
住所	番地	市	州 郵便番号
出生日	電話番号	自宅	勤務先

サービスを受けたことがなく、事前承認を申請している場合はこのボックスにチェックを入れてください。

あなたは内科医または外科医によって参照されていますか? はい いいえ

「はい」の場合は、医師の氏名および電話番号をご記入ください

III.世帯情報 – 世帯に同居するすべての人物について、申請者本人を含めてご記入ください		必要な場合は用紙を追加してください
---	--	-------------------

あなたの世帯に同居している人物をご記入ください (あなた自身を含む)。収入には (税引前) 所得、児童の養育費、扶養料、賃貸物件からの収入、失業手当、社会保障給付、公的扶助/政府助成、提供されたサービスと引き換えの賃借料/生活費、退職勘定から引き出した資金、株式、証券などが含まれます。

家族の氏名	年齢	患者との関係	収入源または雇用主の名前	治療日より前の 月間総収入	保険に加入していますか? (「はい」か「いいえ」を丸で囲ってください) 「はい」の場合は、保険を記載してください (例: Blue Cross、UHC、など)
1.					はい いいえ
2.					はい いいえ
3.					はい いいえ
4.					はい いいえ
5.					はい いいえ
6.					はい いいえ
7.					はい いいえ
8.					はい いいえ

IV.費用および資産

この情報は、あなたが家族の人数および収入を理由として当センターの標準経済援助割引に適格ではない場合は、長期支払い計画または割引除外に対する支援のために使用されることがあります。追加情報または確認書類が申請を処理するために必要となることがあります。その場合は、当センターよりご連絡いたします。

賃料または抵当支払い総額 _____
 光熱費 _____
 車の支払い _____
 月間保育料 _____
 医療保険料 _____
 月間医療仲介料または医療用品費 _____
 当座勘定残高 _____ 普通預金残高 _____

あなたは正規の学生ですか？ はい いいえ

あなたは親または他の人物から援助を受けていますか？ はい いいえ

「はい」の場合は、あなたを援助している人物の収入情報をご記入ください。

個人的な事情を説明する陳情書を書く必要がある場合は、この書式に添付してください。

VI.同意

私は上記の財務質問表に含まれる情報が間違いなく正確で完全であることをここに証明します。私はファースト・ヒル・サージェリー・センターが与えられた一部またはすべての情報を検証することに同意します。

X

 責任者の署名

 日付