

ヒロ医療センター
 財政援助プログラム申請書

患者アカウント番号:

重要: あなたの一部もしくは全額の価格の割引を受けることができるかもしれません。このアプリケーションへの記入は、あなたのヘルスケアサービスのために、当社の金融支援プログラムに参加する資格があるかどうかをヒロメディカルセンターが判断するのに役立ちます。患者の適格要件の理解のために財政援助方針の概要を参照してください。

説明: この申込用紙を全て記入し、情報を有効にするためサインしてください。申込書は、直接病院、ファックスまたは郵送で病院に提出することができます。:

ヒロ医療センター
 事務局: Business Office
 1190 Waiianuenue Avenue, Hilo, HI 96720
 Fax: 808-974-6723
 Tel: 808-932-4347

この申込書を提出するための期限はありませんが、この申込書が確認されている間、あなたのこの申込書に責任があることをご承知ください。申込書の確認処理のために、1ヶ月ほどのお時間を頂いております。申込書は、受付された順に審査されます。

申込者情報		
E メールアドレス:		家族の人数:
名字:	名前:	ミドルネーム:
誕生日:	社会保障番号: - -	電話:
番地:	アパートメント #	
市町村:	都道府県:	郵便番号:
電話番号(自宅):	電話番号(携帯):	
一ヶ月の総収入:		
保証人(申請者が未成年の場合)		
E メールアドレス:		患者との関係:
名字:	名前:	ミドルネーム:
雇用主:	雇用主の住所:	
電話番号(自宅):	電話番号(携帯):	
一ヶ月の総収入:		

下記で、個々または家族に提供された利点を通してリストされた仮定適任標準のうちの1つを示す保険をかけていない患者は、治療において負担の軽減が自動的に適格で、収入の証拠が要求されません。

当てはまるもの全てにチェック:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> WIC: 女性、乳幼児、子供の栄養サービス | <input type="checkbox"/> ホームレスもしくは避難所の住人 |
| <input type="checkbox"/> SNAP: 補足的な栄養補助プログラム (フードスタンプ) | <input type="checkbox"/> 出願者が財産なしで死亡した場合 |
| <input type="checkbox"/> LIHEAP: 低所得世帯エナジーアシスタンスプログラム | <input type="checkbox"/> 医療補助適任者、しかし家を満たしていないか、サービスがカバーされていない |
| <input type="checkbox"/> コミュニティベースの医療支援プログラム | <input type="checkbox"/> ハワイ永住サポート住宅プログラム |
| <input type="checkbox"/> 患者は長期間、重罪のために拘置され、拘置前に借金を被った | <input type="checkbox"/> サポート者がいない精神障害者 |
| <input type="checkbox"/> TANF OR TAONF: 貧困家庭のための一時的な援助 | <input type="checkbox"/> 自己破産 |
| | <input type="checkbox"/> 凶悪犯罪の被害者補償法もしくは性的暴行の被害者補償法に基づく有資格者 |

****あなたが推定的資格を証明する場合は、任意の所得情報を記入する必要はありません。**

この申込書の終了時に申請者の認定に署名する必要があります**

補足資料

次の書類のコピーを（原稿でない）添付してください。（あなたが推定的資格を証明する場合は、申込書の終了時の申請者証明セクションをスキップ）：

必要書類:

所得証明: (家族の中の全ての雇用者が提出)

- 最も最近の納税申告のコピー
- 最も最近の W-2 and 1099 のフォームのコピー
- 最新の給与原票のコピー
- もし現金で支払われている場合、雇用主からも検証可能な賃金ステートメント
- 第三者機関からのあなたの収入を証明できるいかなるもの

該当に応じて、これらの書類も提出:

資産の検証: (患者および保証者の該当するものをすべて提出)

- 最も新しい銀行取引明細書(普通預金& 当座預金)

扶養家族(あなたがサポートしている人を全員表示)

名前:	年齢:	本人との関係

毎月の収入源

	責任者/保証人	配偶者/その他世帯のメンバー
月の総雇用収入:	\$	\$
社会保障:	\$	\$
身体障害:	\$	\$
年金:	\$	\$
失業手当:	\$	\$
扶養手当:	\$	\$
VA からの利益:	\$	\$
その他:	\$	\$

あなたの収入に関連する文書を提供することができない場合は、以下を記入:

私は, _____ (名前), \$ _____ の家族の月の総収入を証明するいかなる文書がありません。

****あなたが推定的資格を証明する場合は、任意の所得情報を記入する必要はありません。
この申込書の終了時に申請者の認定に署名する必要があります****

ヒロ医療センター
財政援助プログラム申請書

患者アカウント番号:

資産

銀行名:	口座の種類:	最新の銀行残高:
		\$
		\$
		\$
		\$

申込者証明: 私は、この申込書の情報は、私の知る限りの真実かつ正確であることを証明します。私は病院の請求書の支払いを助けてくれる可能性のある全ての州、連邦、またローカルの支援プログラムに応募します。私は、提供された情報は、病院によって検証することができることを理解し、このアプリケーションで提供される情報の正確さを検証するために、病院が第三者に連絡することを承認します。私は申込書に虚偽の情報を提供した場合、私は財政援助の資格を失い、病院の請求書の支払いに責任があることを理解します。

責任者(保証人): _____ 日付: _____
(署名)

過去 60 日以上前に資金援助の申請書を提出し、ステータスを知りたい場合直接 Patient Financial Services (808) 932-3420 にご連絡下さい。

**あなたが推定的資格を証明する場合は、任意の所得情報を記入する必要はありません。
この申込書の終了時に申請者の認定に署名する必要があります**