

# 経済的支援申請書

## Institute for Orthopaedic Surgery (整形外科機関)

サービスを受けた日: \_\_\_\_\_ アカウント番号: \_\_\_\_\_

患者または申請者名: \_\_\_\_\_ 住所: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ 市: \_\_\_\_\_ 州: \_\_\_\_\_

郵便番号: \_\_\_\_\_ 自宅電話番号: \_\_\_\_\_ 携帯電話番号: \_\_\_\_\_

患者の社会保障番号: \_\_\_\_\_ 婚姻区分: \_\_\_\_\_

**経済的支援の検討のため、必ず以下の質問にお答えください。**

1. 病院のサービスを受けた時、オハイオ州の居住者でしたか? はい \_\_\_\_\_ いいえ \_\_\_\_\_  
 a) 「いいえ」の場合、どの州に住んでいましたか? \_\_\_\_\_
2. メディケイドまたは他のカウンティの支援を申し込んだことはありますか? はい \_\_\_\_\_ いいえ \_\_\_\_\_  
 a) 「はい」の場合、申し込んだ日付はいつですか? \_\_\_\_\_  
 b) 「はい」の場合、オハイオ州以外の州のメディケイドに申し込みましたか? はい \_\_\_\_\_ いいえ \_\_\_\_\_  
 「はい」の場合、どの州で補償の申し込みをしましたか? \_\_\_\_\_
3. サービスを受けた日に健康保険に加入していましたか? はい \_\_\_\_\_ いいえ \_\_\_\_\_  
 a) 「はい」の場合、(且つ保険請求を未だ行っていない場合)、保険証のコピーをこの申請書と共に送ってください。
4. サービスを受けた日は自動車事故に関係していますか? はい \_\_\_\_\_ いいえ \_\_\_\_\_  
 a) 「はい」の場合、保険金の請求をしましたか? 保険金請求番号: \_\_\_\_\_ 保険名: \_\_\_\_\_
5. ヘルスセービングアカウント (HSA) をお持ちですか? はい \_\_\_\_\_ いいえ \_\_\_\_\_  
 a) 「はい」の場合、現在の残高がわかる書類のコピーを送ってください。
6. ご自宅にお住まいのどなたかが以下の資産をお持ちかどうかお答えください。  
 a) お住まいは持ち家または賃貸ですか? 持ち家 \_\_\_\_\_ 賃貸 \_\_\_\_\_  
 b) 当座預金/普通預金: はい \_\_\_\_\_ いいえ \_\_\_\_\_ 「はい」の場合、総額を記入してください \$ \_\_\_\_\_  
 c) 定期預金 (CD)、株式、債券、マネーマーケットアカウントを含みますがこれに限定されないその他資産:  
 はい \_\_\_\_\_ いいえ \_\_\_\_\_ 「はい」の場合、総額を記入してください \$ \_\_\_\_\_

以下に世帯全員について記入してください。追加欄が必要な場合は、追加のフォームを添付してください。

名前	患者との続柄	生年月日	サービスを受けた日以前 3 か月間の合計所得金額	サービスを受けた日以前 12 か月間の合計所得金額	収入源 雇用主名 (大学生の場合は明記してください)
	本人				

3カ月または12カ月の所得を証明できるものを、この申請書と共に送ってください:

**所得は税引き前の合計収入金額とみなされ、以下を含みますが、これに限定されません:**・賃金または給与(3か月の給与明細書を送付)・失業手当・扶養手当・退役軍人手当・社会保障給付金(控除前)または給付金通知・児童手当・年金または退職金・401K・労災給付金通知・一時金・OWF支援金・年金保険・現金収入・自営記録・雑役・連邦所得税申告・その他所得・所得がないことを報告する場合、経済的支援の検討の対象となるためには、以下の支援報告に記入する必要があります・当座/普通預金(またはその他の資産)の証明書が求められる場合があります・食料配給券は所得とはみなされませんが、以下の「支援報告」の欄に記入してください

**報告すべき所得がない場合、どのような支援を受けていますか?** \_\_\_\_\_

認定: 私はこの書面に署名することにより、この申請書に記載の回答が真実であることを認めます。個人の経済的支援申請書の見直しが行われた結果、個人により提供された情報が不正または詐欺であることが明らかになった場合、経済的支援を提供するという決定は無効となり、責任ある当事者に請求されます。私が提出する情報は、信用調査機関を含め、私がかかった病院による検証が必要であり、必要に応じ、連邦および/または州当局および/またはその他に機関により見直しが行われることを理解しています。私の雇用主が所得証明書を病院に公開することを認めます。

患者の署名: \_\_\_\_\_ 日付: \_\_\_\_\_

申請者または代理人の署名: \_\_\_\_\_ 関係: \_\_\_\_\_ 日付: \_\_\_\_\_  
 (患者本人でない場合)

記入済みの申請書と書類は以下へ郵送してください:

Institute for Orthopaedic Surgery  
 Attn: Billing Department  
 801 Medical Drive, Suite B  
 Lima, Ohio 45804