

チャリティーケア/資金援助申込書 説明書

この書類は、 オーバーレイク・ホスピタル・メディカルセンター (OHMC) 及び、またはオーバーレイク・メディカルクリニック LLC (OMC) の資金援助 (別称チャリティーケア) の申込書です。

ワシントン州では全ての病院に対し、所得の一定条件を満たす人、またその家族のための**資金援助プログラム**を設けることを規定しています。医療保険をお持ちの方も、家族の人数と所得によっては、無料、または減額でケアを受ける資格があるとみなされることがあります。資金援助の方針は、www.overlakehospital.org/financialpolicies でご覧になれます。

資金援助の適用範囲は？この資金援助は、個人の資格に応じ、OHMC 及び、または OMC で受ける医療サービスの中で適切とみなされたものに適用されます。他機関で受けたサービスも含め、医療費全額が資金援助によって支払われるとは限りません。

ご質問、申込書記入のご不明な点は：資金援助コーディネーターまで、425-635-6239 にお電話下さい。どのような理由のご質問にも出来る限り対応するよう努めています。障害者用、言語アシスタントなどもご利用できます。

申込書の手続きに必要なもの：

- 家族に関する情報**
一世帯の人数 (家族とは出生、婚姻、養子関係などの続き柄を含め、一緒に住んでいる人の人数)
- 一ヶ月の総所得額の情報 (税金と控除額が差し引かれる前の金額)**
- 家族の所得額に関する書類**
- その他必要書類**
- 署名済み、日付記入済みの申込書**

注：資金援助の申し込みにソーシャル・セキュリティ番号を提出する必要はありません。ソーシャル・セキュリティ番号を提出した場合は、申し込み手続きの処理を迅速に行うことができます。ソーシャル・セキュリティ番号は提出された情報の確認のために使用されます。ソーシャル・セキュリティ番号をお持ちでない方は、「NA (非該当)」とご記入下さい。

記入済み申込書と必要書類を下記の住所に郵送するか、ファックスで送信下さい：

Overlake Hospital Medical Center
1035 116th Ave NE
Bellevue, WA 98004-9971
Attn: Patient Financial Services

同封の返信用封筒をご利用いただけます。
記録としてコピーを保管して下さい。

資金援助申込書と所得を証明する書類を受け取ってから 1 4 日以内に、該当する場合は受給資格の有無の最終決定と、決定に対する申し立ての権利を通知します。

資金援助の申込書を提出することで、申請者は病院側が申請者の債務、所得情報確認のための必要な調査を行うことに同意したものとみなします。

迅速な援助提供のためにも、書類はお早めにご提出下さい。書類が受理されるまで、請求書が送付される場合があります。

チャリティーケア/資金援助申込書□秘密事項

所得に関する情報

重要：申し込みには所得の証明が必要です。

家族の所得に関する情報提出が必要です。資金援助の支給の決定には所得証明の提出が必須です。18歳以上の家族は全員所得開示の義務があります。証明する書類がない場合は、所得を記載した署名入りの書面を提出して下さい。収入源全てに関し証明が必要です。所得証明の例：

- W-2 源泉徴収、または、
- 最新の給与明細書（3カ月分）、または、
- 前年度の確定申告、該当する場合は補足添付フォーム・スケジュール、または、
- 雇用主等の署名入り書面、または、
- メディケイドの受給資格、及び/または州営医療補助の承認・否認、または、
- 失業手当の受給資格の承認・否認。

所得証明がない場合、または無所得の場合は説明を記載した書面を別途添付して下さい。

補足情報

財政状況についてその他報告が必要な事柄、財政困難、季節または一時的収入、損失などは別紙に記載して添付して下さい。

患者の同意

私は、オーバーレイク・ホスピタル・メディカルセンター/オーバーレイク・メディカルクリニック LLC が、提出された情報確認のために信用情報の審査をすること、そして資金援助の受給資格または支払い計画の利用資格の有無の決定を補助する情報をその他の情報源から入手することを了承します。

私は自己の知る限りにおいて上記の情報が真実で正確であることを保証します。提出された情報が虚偽と裁定された場合、資金援助が否認可となり、私が受けた医療サービスの費用は自己の責任で支払うことを了承します。

申込者署名

日付