

財務支援申請書
チャリティケアおよび割引支払い支援

通知および支援

この申請書は、チャリティケアまたは割引支払い支援を申請するために使用してください。どのプログラムを申請すべきか不明な場合は、無料の支援を受けるためにビジネスオフィスへご連絡ください。病院サービスの前、受診中、または受診後いつでも申請できます。

資格は、家族収入および家族人数に基づいて判断されます。金銭資産は考慮されません。銀行口座番号、残高、投資、退職口座、住宅価格、車両価格、またはその他の資産情報は提出しないでください。

無料の言語支援および点字、大活字、音声、アクセシブル電子形式を含むアクセシブル形式は、(213) 314-1492 へ電話するか、ビジネスオフィスを訪問することで利用できます。

申請するプログラム

1つ選択: チャリティケア 割引支払い支援 両方/不明

重要: 割引支払い支援のみを申請した場合、チャリティケアで受けられる可能性のある支援より少ない支援になることがあります。不明な場合は、「両方/不明」を選択するか、ビジネスオフィスへ無料相談をしてください。

病院所在地

1つ選択: L.A. Downtown Medical Center West Covina Medical Center

患者情報

サービス日:	_____
患者氏名:	_____
生年月日:	_____
郵送先住所:	_____
市/州/郵便番号:	_____
電話番号:	_____
性別:	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> その他/回答しない
民族 - 任意、資格判定には使用されません:	<input type="checkbox"/> 白人 <input type="checkbox"/> 黒人 <input type="checkbox"/> ヒスパニック/ラテン系 <input type="checkbox"/> ネイティブアメリカン/アラスカ先住民
民族 (続き):	<input type="checkbox"/> アジア系/太平洋諸島系 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 回答しない

プログラム、保険、家族人数

可能な第三者支払元: 民間保険 Medi-Cal Medicare 自己負担 その他 なし

主な収入源: 雇用 自営業 社会保障 障害給付 失業 退職金/年金 公的扶助

支援 その他 なし

病院が割引支払い支援の申請を審査する前に、他の医療保険への申請を求められることはありません。

家族人数に含める患者および家族を記入してください。

氏名	患者との関係	年齢	性別

家族収入

家族収入を月額または年額で記入してください。収入書類がある場合は添付してください。

収入源	月額	年額
賃金 - 患者	\$	\$
賃金 - 配偶者／ドメスティック パートナー	\$	\$
賃金 - その他の家族	\$	\$
自営業／農業収入	\$	\$
公的扶助／社会保障／障害給付	\$	\$
失業給付／労災補償／ストライキ 給付	\$	\$
配偶者扶養料／養育費／軍人手当	\$	\$
年金／退職金	\$	\$
配当、利息、賃貸収入、その他	\$	\$

収入書類

最近の給与明細または最近の所得税申告書を添付できます。それがない場合は、家族収入を示す他の書類を提出できます。最近の給与明細とは、通常、最初の病院請求書の前後6か月以内、または事前申請の場合は申請前6か月以内の給与明細をいいます。最近の税務申告書とは、通常、最初の病院請求書の年または最初の病院請求書の前12か月の申告書をいいます。資産情報は不要であり、使用されません。

サービスおよびアカウント情報

サービスの種類	サービス単位	金額／説明	日付
病院入院	入院日数	請求額: \$_____	
病院外来	外来日数	受領済み支払額: \$_____	
その他		その他調整／償却: \$_____	
		患者負担額: \$_____	

費用 - 任意

基本的な資格判定のために費用情報は必要ありません。高額医療費による資格、支払い計画の選択肢、またはその他の支援の評価に使用されることがあります。

費用	月額	費用	月額
住宅ローン／家賃	\$	健康保険	\$
公共料金／電話	\$	医療費／病院／医師	\$
食費	\$	薬代／自動車ローン／その他	\$

資産情報は不要

金銭資産、銀行照会先、口座番号、口座残高、投資残高、退職口座残高、不動産価値、車両価値、その他の資産情報は不要であり、財務支援の資格判定には考慮されません。

収入計算 - 病院使用または申請者支援

計算項目	金額または値
総月額収入	\$
該当する場合、月額控除を差し引く	\$
調整後の月額純収入	\$
家族人数	
計算される場合の FPL 割合	

申請者の声明

私は、私が提供した回答が、私の知る限り真実かつ正確であることを偽証罪の罰則の下で宣言します。収入、費用、世帯人数、世帯構成員、または住所に変更があった場合、10日以内に医療提供者へ通知することに同意します。

私が提供する情報は、法律で義務付けられるとおり秘密として扱われることを理解しています。資産情報は不要であり、財務支援の資格判定に使用されないことを理解しています。

事故または傷害により医療サービスを受けた場合、法律で許される範囲で、その事故または傷害に関連する訴訟または和解金から医療提供者へ償還することに同意します。

申請者／権限を与えられた代理人の署名	日付
_____	_____

病院審査および書面による決定

病院は記入済み申請書を審査し、資格判定を書面で通知します。

決定: 承認 否認 追加情報が必要

コメント: _____

審査者署名／日付: _____

病院使用欄

資格は、家族収入および家族人数に基づいて判断しなければなりません。金銭資産またはその他の資産情報を使用しないでください。患者が財務支援の資格を有する可能性がある場合、または支援を申請した場合は、アカウントを回収に回す前に病院方針に従ってください。

質問または苦情情報

質問または申請支援については、ビジネスオフィス (213) 314-1492 へお問い合わせください。財務支援を不当に拒否されたと思われる場合は、California Hospital Bill Complaint Program (カリフォルニア病院請求苦情プログラム) へ苦情を提出できます: HospitalBillComplaint.hcai.ca.gov。