

オハイオ病院治療保障プログラム (HCAP)/慈善治療/資金援助申請

患者様の氏名 (姓)	(名)	(ミ)	アカウント番号
住所	サービス日 -		
市および州		患者様の生年月日	
郵便番号	電話番号	患者様の社会保障番号	
このサービスは健康保険の補償対象でしたか?		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
サービスを受けたとき、オハイオ州に居住していましたか?		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
医療サービスを受けたとき、メディケイドの受給者でしたか? 「はい」と回答した場合、受給者請求番号を記入してください。		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
これらのサービスを受けた原因は自動車事故でしたか?		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

患者様を含めたご家族の全員に関して、以下の情報を提供してください。 HCAP の目的上、「家族」とは、者様、患者様の配偶者(患者様と同居しているかどうかを問わない)、および同居している患者様の 18 歳未満の子(非嫡出子や養子を含む)を言います。

家族の氏名	年齢	患者様との関係	雇用主の氏名または収入源の	雇用/所得の開始日	3ヶ月間の所得	12ヶ月間の所得
(患者様)		本人				
合計:						

この申請書に所得証明を添付してください。所得証明には、給与明細書の控え、または適切な期間(サービス利用から 3 ヶ月前までの期間もしくは 12 ヶ月前までの期間、または 3 ヶ月間もしくは 12 ヶ月間の現在の所得を含む)の所得情報を記載するその他の書類を含みます。

*所得金額を \$0.00 と報告した場合、どのように生計を立てているのかを説明してください。 *現在仕事をしていない場合は、最後の就業日を記入してください。

資産価値							
住居 : <input type="checkbox"/> 持家 <input type="checkbox"/> 賃貸	月額家賃 : \$ _____						
当座預金口座残高 :	\$ _____	普通預金口座残高 :			\$ _____		
投資総額 :	\$ _____	投資の概要 :			\$ _____		
その他の資産の価値 :	\$ _____	\$ _____			\$ _____		
資産の概要(自動車、船舶など)							
その他の所得 :	\$ _____	その他の所得の概要 :					
毎月の総費用(住宅費、自動車関連費、光熱費、食費など) : \$ _____							

記入済みの申請書を以下の住所宛に送付してください。

OhioHealth CBO Financial Assistance

P.O.Box 7527

Dublin, OH 43016

または以下の番号宛てにファックス送信してください。 614-566-6080

または以下のアドレス宛に送信してください。 customercenter@OhioHealth.com

さらにサポートが必要な場合、614-566-1505

までお電話いただか、オハイオヘルス・ホスピタルのフィナンシャル・カウンセラーにご相談ください。

私は、私の知る限りにおいて、上記の情報に偽りがなく、正確であることを誓約します。さらに、治療費を支払うための援助(メディケイド、メディケア、保険など)を得るために必要な申請を行い、また合理的手段を講じます。資金援助は、最終的手段です。援助を受ける前に、他の支払責任者または考えられる支払人による支援をすべて使用します。

私は、病院が規定の基準に基づき、私に HCAP または資金援助を利用する資格があるかどうかを判断するためにこの申請書(または様式)を作成するものであることを理解しています。私は、私が提供した情報に虚偽があると判明した場合、病院が私の財務状況を再チェックし、必要な措置を取ることができると理解しています。申請には、オハイオヘルスが患者様の信用調査報告書、財産調査、および/または必要に応じて代金取立業者などから財務情報を取得することを許可する旨の記述が含まれます。



申請者の署名 : _____ 日付 : _____
 面接者の署名 : _____ 日付 : _____