

日付 : _____

口座 : _____

患者様 : _____

Enloe Healthは、健康保険に未加入の患者様や、医療費が高額になる保険加入の患者様に対し、必要な治療費を支払うための経済的支援を提供することに尽力しています。一方で、医療サービスが、高額な医療費を抱える保険加入の患者様やご家族様にとって深刻な負担となるべきではないことを認識しています。

患者様は、最近Enloe Healthで受けたサービスの代金を支払うことが経済的に困難であると指摘しました。経済的支援には限界があり、患者様が資格を満たすか判定するために、連邦所得ガイドラインと比較して所得を審査するのが当校の方針です。健康保険に加入している場合、高額な医療費がかかるため、全額または一部の経済的支援を受ける資格の有無を判定するための追加基準が適用されます。審査を完了するために、添付の申請書をご提出いただき、以下のものを添えてご返送ください。

必要書類 :

1. 機密の財政能力証明書（添付）の両面を記入すること。
2. Medi-Calプログラムからの拒否通知書（該当する場合）のコピーを同封すること。
3. 当座預金と普通預金の最新の取引明細書（全ページ）を同封すること。
4. 主たる住居以外にマネーマーケットアカウント、株式、または収益用不動産をお持ちの場合は、それぞれの口座の明細書を確認させていただく必要があります。
注記：適格退職年金は所得計算には含まれません。
5. 雇用されている場合は、家族全員分の直近2回分の給与明細のコピーを同封してください。
6. 雇用が断続的な場合は、給与明細の代わりに昨年の納税申告書のコピーを同封してください。
7. 現在、失業中の場合は、失業保険、州の障害者保険、または社会保障の証明書を同封してください。
8. 高額医療保険に加入している場合は、Enloe Health以外の医療機関の自己負担証明書を提出してください（該当する場合）。
9. ご自身の経済状況と請求額を支払えない理由が記載されたレターを同封してください。
レターは、私たちが患者様の状況や、経済的支援が必要な理由を理解するのに役立ちます。

注記：要求された情報を提供できない場合は、その理由をハードシップレターに明記してください。必要なものについてご不明な点がございましたら、カスタマーサービス担当者までお問い合わせください。

すべての書類がこのレターの日付から2週間以内に到着していなければなりません。そうしなければ、申請が失効してしまうおそれがあります。

すべての申請書を受理してから60日以内に処理し、結果をお知らせいたします。

敬具

患者向けファイナンシャルサービス
financialcounselors@enloe.org
530-332-6350

コミュニティ・サービスおよび割引に関する方針（ページ1/2）
機密の財政能力証明書
および経済的支援申請書



患者様の氏名 _____

口座番号 _____ サービス提供日 _____

責任者*

配偶者または同棲者

氏名 _____

氏名 _____

住所 _____

住所 _____

電話番号 _____

電話番号 _____

SSN（社会保障番号） _____

SSN（社会保障番号） _____

雇用主の氏名 _____

雇用主の氏名 _____

勤務先の住所 _____

勤務先の住所 _____

勤務先の電話番号 _____

勤務先の電話番号 _____

配偶者の有無（1つに○印をつけてください）：
パートナーあり 既婚 未婚 離婚 死別 独身

家族構成：

同居者全員と21歳以下のお子様（同居の有無は問わない）を記入してください。

氏名：

年齢：

あなたとの続柄：

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

反対側にもご記入ください。

コミュニティ・サービスおよび割引に関する方針 (ページ2/2)

毎月の世帯収入

給与の額面月収：\$ _____ 家賃所得：\$ _____
公的扶助／フードスタンプ\$ _____ 補助金：\$ _____
給付金：\$ _____ 労災補償：\$ _____
失業補償：\$ _____ その他：\$ _____
養育費／扶養手当：\$ _____ 総所得：\$ _____

金融資産

貯蓄またはマネーマーケット：\$ _____ 株価：\$ _____
配当金：\$ _____ 利息：\$ _____
主たる住居以外の不動産：\$ _____ IRA：\$ _____
その他：\$ _____ 総資産：\$ _____

支出

毎月の住宅／賃料の支払い：\$ _____ 医療費／歯科の費用：\$ _____
医療保険料：\$ _____ 交通費：\$ _____
光熱費／固定電話代：\$ _____ 保育料／学費：\$ _____
食費／家庭用品／日用品：\$ _____ その他：\$ _____
養育費／扶養手当：\$ _____ 総支出：\$ _____

本フォームに署名することで、私はEnloe Healthが信用報告書、収入、金融資産を含むあらゆる情報を確認することを承認します。私は、要求された情報を証明する書類の提出を求められる場合があることを理解しています。また、本申請書に記載されたすべての事項は、私の知る限り真実かつ完全なものであることを証明します。私が提供した情報が不完全または虚偽であると判断された場合、請求書の一切の割引は取り消され、全額を支払うよう求められることがあります。

保険会社、労災補償、または第三者から支払いを受けた場合、私はその旨をEnloe Healthに報告することに同意します。私は、第三者がEnloe Healthのサービスに対して全額または一部の支払いを行った場合、本院が当初の請求料金全額を回収する権利を保持することを理解しています。

患者様または法定後見人の署名

日付

配偶者または同棲者の署名

日付

*患者様が未成年の場合、この書類は患者様の法定後見人が記入すること。

**請求と支払いのプロセスを理解するのに役立つ無料の消費者擁護団体があります。

詳しくは、健康消費者同盟 (Health Consumer Alliance) にお電話 (888-804-3536) いただくか、www.healthconsumer.orgにアクセスしてください。