経済的支援
申請書の説明

以下は PeaceHealth の経済的支援（「チャリティケア」とも呼ばれる）の申請書です。

PeaceHealth は、一定の収入要件を満たす個人および家族の方を対象に、州および連邦の要件に従い経済的支援を提供します。健康保険に加入している場合でも、ご家族の人数や収入に応じて、無料または割引料金の医療を受けられる場合があります。PeaceHealth の経済的支援ポリシーおよびその他の情報をご覧いただくには、**peacehealth.org** にアクセスしてください。

経済的支援の対象
病院の経済的支援は、あなたの受給資格に応じて、PeaceHealth が提供する、病院での適切なサービスに適用されます。経済的支援では、他の組織が提供するサービスを含むすべての医療費が補償されない場合があります。

本申請書の記入について質問があるまたは支援が必要な場合：カスタマーサービス (877-202-3597) にご連絡ください。障害および言語補助などに対する支援が得られます。

申請の手続きを行うためには、以下のことが必要です：

- ご家族の方に関する情報を PeaceHealth に提供する
  世帯内のご家族の人数を記入する（家族には、血縁、婚姻、養子縁組により一緒に住んでいる人が含まれます）
- ご家族の月間総収入（税金や控除前の収入）に関する情報を提出する
- ご家族の収入が分かる書類を提出する
- その他の情報を添付する（必要な場合）
- 申請書に署名し日付を記入する

必要書類をすべて添付し、申請書を郵送、電子メール、またはファックスで次の宛先まで送付する：
PeaceHealth Patient Financial Services, PO Box 748632, Los Angeles, CA 90074- 8632。電子メールアドレス：financialassistance@peacehealth.org。ファックス：(360)729-3047。必ず控えを自分用に保管してください。

記入済みの申請書を直接提出する場合：最寄りの返却場所については、カスタマーサービス (877-202-3597) にご連絡ください。

PeaceHealth は収入証明を添付した経済的支援申請書を受領してから 14 暦日以内に、受給資格の最終決定および異議申し立ての権利（該当する場合）についてあなたに通知します。

経済的支援申請書を提出することにより、あなたは PeaceHealth が財政上の義務および情報を確認するために必要な調査を行うことに同意したと見なされます。

ぜひお役に立ちたいと思っております。申請をお早めに提出してください。
PeaceHealth があなたの情報を受け取るまでの間に、請求書が届く場合があります。

PeaceHealth

PeaceHealth 経済的支援申請書 — *機密扱*

各質問に回答してください。該当しない場合は、「NA」と記入してください。必要な場合は追加のページを添付してください。

記入済みの申請書を次の宛先に郵送してください： PEACEHEALTH, PO BOX 748632, LOS ANGELES, CA 90074-8632

保証人番号

スクリーニング情報

通訳による支援が必要ですか？ ❑ **はい** ❑ **いいえ** *「はい」と答えた場合は、ご希望の言語を教えて下さい：* _____

患者は州の公的扶助サービス（Medicaid、TANF、Basic Food、または WIC など）を受けていますか？（任意）❑ **はい** ❑ **いいえ**

患者は最近住居を持たず生活していますか？❑ **はい** ❑ **いいえ**

患者の医療ニーズは自動車事故または労働災害に関連するものですか? ❑ **はい** ❑ **いいえ**

注意事項

- *申請した場合でも、経済的支援を受けられるかどうかを PeaceHealth は保証できません。*
- *申請書の送付後、すべての情報を確認し、追加情報や収入証明書類の提出をお願いする場合があります。*

患者および申請者の情報

患者の名	患者のミドルネーム		患者の姓
❑ 男性 ❑ 女性 ❑ その他 *（具体的に説明してください）：*	生年月日		社会保障番号（必須ではない）
請求書の支払いを負担する者	患者との関係	生年月日	*注意：経済的支援を申請するために社会保障番号を提出する必要はありません*
郵送先住所			第一連絡先
市	州	郵便番号	_____ _____ _____) _____ _____) 電子メールアドレス:_____

請求書の支払いを負担する者の就業状況

❑ **就業中** *就業した日付：* _____ ❑ **失業中** *失業期間：* _____

❑ **自営業** ❑ **学生** ❑ **障がい者** ❑ **退職済み** ❑ **その他：** _____

家族に関する情報

あなた自身を含め、世帯内の家族を記入してください。「家族」には、血縁、婚姻、または養子縁組を通じて一緒に住んでいる人々が含まれます。**家族人数** _____ *記入しきれない場合は追加の用紙をご利用ください。*

名前	生年月日	患者との関係	18 歳またはそれ以上の場合：雇用主氏名または収入源	18 歳またはそれ以上の場合：総月収（税引前）：	経済的支援の申請も行っていますか？

成人の家族全員の収入を公開し、その証明書類を申請書に添付する必要があります。以下は収入源の例です。

■ 賃金 ■ 失業補償 ■ 自営業 ■ 労災保険 ■ 障害給付金 ■ 補足的保障所得 (Supplemental Security Income, SSI) ■ 子ども/扶養手当

■ 労働研修プログラム（学生） ■ 年金 ■ 退職分配勘定 ■ その他 *（具体的に説明してください）：* _____

追加情報

経済的困窮、過剰な医療費、季節的または一時的な収入、個人的な損失など、現在の財務状況について他に知らせる情報がある場合は、追加の用紙を使用してください。

患者同意書

- 私は、PeaceHealth が経済的支援または支払いプランの受給資格を判断する目的で、信用情報を確認したり、他の情報源から情報を入手したりして情報を検証する可能性があることを理解しています。
- 私は、上記の情報が、私の知る限りにおいて真実かつ正確であることを認めます。提供した情報が虚偽であると判断された場合、結果として家経済的支援は拒否され、提供されたサービスに対して私が責任を負い、支払いを求められることを理解しています。
- 経済的支援申請書を提出することにより、あなたは PeaceHealth が財政上の義務および情報を確認するために必要な調査を行うことに同意したと見なされます。

_____ _____

申請者の署名 日付

本申請書の記入について質問あるまたは支援が必要な場合：カスタマーサービス (1-877-202-3597) にご連絡ください。障害および言語補助などに対する支援が得られます。PeaceHealth の経済的支援ポリシーおよびその他の情報をご覧いただくには、peacehealth.org にアクセスしてください。

記入済みの申請書を次の宛先に郵送してください：PEACEHEALTH, PO BOX 748632, LOS ANGELES, CA 90074-8632