

## 経済的支援に関する極秘申請

Trinity Health の医療施設および医師が提供する病院および専門サービス向け

個人・機密情報

**Saint Alphonsus Health System** を医療提供者として選択していただき、ありがとうございます。経済的支援の評価を完了するには、同封の申請書に必要事項を記入し、以下の住所に返送してください。

ご不明な点がある場合は、カスタマーサービスセンター (800-494-5797 : 月曜日～金曜日の午前 9 時～午前 5 時) までお問い合わせください。

敬具、

Trinity Health Enterprise Patient Financial Services

Saint Alphonsus Health System の代理人

20555 Victor Parkway

Livonia, MI 48152

## 経済的支援に関する極秘申請

Trinity Health の医療施設および医師が提供する病院および専門サービス向け

申請書に必要事項を記入して署名し、以下のコピーを含め **10 日以内**に返送してください。

### 要証明

- 過去 1 か月の総収入の証明
  - 過去 2 か月間におけるすべての銀行口座のすべてのページを含む銀行取引明細書 (定期預金についての説明を含む)
  - 最近の納税申告書 (スケジュール C、E、または F の 1040 フォーム) または 3 か月分の損益計算書 (自営業者/扶養家族の場合)
- 該当する場合は、以下を用意してください
- 季節収入の最近の
  - 失業手当/受給拒否通知書
  - 養育費収入・慰謝料
  - 無収入 - 申請書の経済的サポートに関する該当部分に記入してください

### 患者情報

患者名		生年月日	
社会保障/EIN 番号 (任意)	携帯電話番号	その他電話番号	
郵送先住所	都市名	州	郵便番号
Email アドレス	あなたはどの州の居住者ですか		
配偶者の有無 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 婚姻 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> その他 [Other] _____			
連邦税申告書を提出しますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ いいえの場合、その理由は何ですか？		ほかの人の確定申告で被扶養者になっていますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
あなたまたはあなたの扶養家族は、勤務時に健康保険に加入していましたか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (保険証のコピーを提出してください)			
あなたは、登録を受けた米国の居住者ですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 回答を希望しない			
最近の納税申告書に基づく世帯員 (申請者自身を含む)	生年月日	患者との関係	納税申告書の提出の有無 (はい/いいえ)

## 経済的支援に関する極秘申請

Trinity Health の医療施設および医師が提供する病院および専門サービス向け

世帯全員の所得証明					
月々の収入源	その収入を受け取るのは誰ですか？	月間総収入 (税引前)	月々の収入源	その収入を受け取るのは誰ですか？	月間総収入 (税引前)
賃金			労災補償		
社会保障/障害			失業		
年金 [Pension]			養育費/慰謝料		
自営業			借地収入		
生活保護			その他		
経済的支援の申請 - 支援を提供する人のみ記入してください					
<input type="checkbox"/> 私は患者の生活費の 50% 以上を援助していますが、医療費の援助はできません。					
<input type="checkbox"/> 当申請書に署名することにより、私は上記の記述が正しいこと、および患者の請求書に対していかなる責任も負わないことを証明します。質問がある場合は、以下まで連絡してください。 _____ (電話番号)					
支援者の氏名			患者との関係		
支援提供者の署名			日付		

### 収入証明と身分証明書

私は、この申請書に記載されている情報が真実であり、私の知る限り正確であることを証明します。私は、提供された情報は検証の対象となることを理解しています。上記の情報が虚偽の名目で提供された場合、私は Trinity Health 関連会社で提供されるサービスの返金の責任を負います

患者の署名 \_\_\_\_\_ 日付: \_\_\_\_\_

または法定後見人の署名 (該当する場合): \_\_\_\_\_ 日付: \_\_\_\_\_

患者との関係: \_\_\_\_\_ 日付: \_\_\_\_\_

申請書を上記の住所へ郵送するか、312-871-3350 までファックスで送信するか、あるいは MyChart (患者ポータル) - <https://mychart.trinity-health.org/MyChart> から書類をアップロードしてください。質問がある場合は、カスタマーサービスセンター (800-494-5797 : 月曜日～金曜日の午前 9 時～午後 5 時、米国東部時間) までお問い合わせ