

## 資金援助申請書

患者アカウント番号： \_\_\_\_\_

**重要：** 無料または割引価格で治療を受けられる場合があります。

本申請書に記入することで、NorthShore University HealthSystem (NorthShore)は、ご自身が無料または割引サービス、あるいは医療費の支払いに役立つ他の公的プログラムを受けられるかどうかを判断することができます。 保険に加入していない場合、無料または割引の適用を受けるために社会保障番号は必要ありません。 ただし、メディケイドなど一部の公的制度では、社会保障番号が必要です。 社会保障番号の提供は必須ではありませんが、番号がわかれば、あなたが公的なプログラムを受ける適格性があるかどうかを NorthShore が判断する上で役に立ちます。

NorthShore があなたの資金援助の適格性を判断するために、サービス提供日からできるだけ早くこのフォームに記入してください。 NorthShore では、医療に関する最初の請求書作成から 240 日以内であれば、申請を受理します。

患者は、資金援助を受ける適格性があるかどうかを NorthShore が判断するために、申請書で要求されたすべての情報を提供するために誠実に努力したことを認めるものとします。

<b>説明：申請書に必要事項をすべて記入し、情報確認許可書に署名してください。</b>			
<b>申請者情報</b>			
メールアドレス			家族人数（両親を含む）
姓 名 M.I.	生年月日		社会保障番号
番地 マンション名部屋番号	市町村	州	郵便番号
勤務先名 勤務先住所			自宅電話番号
勤務先名	市町村	州	郵便番号
総月収		勤務先電話番号	
人種（任意）	民族（任意）	性別（任意）	希望言語（任意）
<b>配偶者・保証人または未成年者の親（該当する場合のみ）</b>			
メールアドレス			患者との関係
生年月日			社会保障番号
姓 名 M.I.	生年月日		社会保障番号
番地 マンション名部屋番号	市町村	州	郵便番号
自宅電話番号			携帯番号
勤務先名	市町村	州	郵便番号
総月収		勤務先電話番号	

### 推定適格性：

保険に加入していない患者で、以下の推定適格性基準のいずれかを個人的に、または家族に提供されている給付金を通じて証明した場合、自動的に**無料診療**を受ける適格性が与えられ、**収入証明の提出は求められません**。可能な限り電子的に適格性を確認しますが、適格性を証明するためにご自身の協力が必要な場合もあります。

該当するものにチェックを入れてください。

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> WIC  | <input type="checkbox"/> LIHEAP：低所得者向け住宅エネルギー支援プログラム |
| <input type="checkbox"/> SNAP                                       | <input type="checkbox"/> 地域密着型医療支援プログラム              |
| <input type="checkbox"/> イリノイ州無料昼食/朝食プログラム                          | <input type="checkbox"/> 医療サービス助成金支援                 |
| <input type="checkbox"/> 収監者  | <input type="checkbox"/> TANF：生活困窮者自立支援              |
| <input type="checkbox"/> ホームレス                                      | <input type="checkbox"/> 自己破産（事件番号_____ 免責日_____）    |
| <input type="checkbox"/> 死亡しており、遺産がない                               | <input type="checkbox"/> 修道会への加入と貧困の誓い               |
| <input type="checkbox"/> メディケイドの受給適格性はあるが、サービス提供日または対象外のサービスについては不可 |  |
| <input type="checkbox"/> イリノイ州住宅開発局の賃貸住宅支援プログラム                     |  |
| <input type="checkbox"/> 精神的無能力で代理人が不在                              |  |

資金援助申請書

患者アカウント番号： \_\_\_\_\_

**\*\* 推定適格性を証明する場合、収入情報を提供する必要はありません。この場合でも、次ページの申請者証明書に署名する必要があります。**

**収入情報：**

以下に要求された書類（該当する場合）を提出してください。必要書類に不備があった場合、申請が遅延または拒否されることがあります。

申請者、申請者の配偶者・パートナー、申請者・患者が未成年の場合は、親または保護者について以下の書類を提出してください。収入に関する書類を提出できない場合は、この申請書の最後のページにあるサポートレターに記入してください。

すべての申請者は、イリノイ州に居住していることを証明する必要があります。これには、州発行の有効な身分証明書、最近の住宅用光熱費の請求書、賃貸契約書、自動車登録証、有権者登録証、政府またはその他の信頼できる情報元から申請者宛てに送られたその他の郵便、同じ住所に居住し居住を証明できる家族からの声明、ホームレス施設、仮設住宅またはその他の同様の施設からの通知書のいずれかを提出しなければなりません。

**雇用者の場合：**

- 前年度確定申告書の写し
- 直近の給与明細書 2 通の写し
- すべての当座預金、普通預金、信用組合口座の直近の明細書 2 通の写し

**自営業の場合：**

- 前年度確定申告書の写し
- すべての当座預金、普通預金、信用組合口座の直近の明細書 2 通の写し

**無職の場合：**

- 前年度確定申告書の写し
- 受給額が記載された失業給付金支給通知書の写し
- 前職の雇用主からの解雇通知（解雇日が記載されているもの）
- サポートレター（本申請書の最後のページに記入されています）

**フルタイム学生の場合：**

- 大学在籍を証明するもの（フルタイムであることを示す大学からの通知書、または授業料/金銭に関する書類など）

**退職者または障害者の場合：**

- 前年度確定申告書の写し(該当する場合)
- 社会保障局から発行された、月々の給付額が記載された最新の採用通知書の写し
- すべての当座預金、普通預金、信用組合口座の直近の明細書 2 通の写し

**その他の非賃金収入を証明するもの：**

財務状況に該当する場合は、以下の情報を提供してください。

- 配偶者または子供の養育費証明書
- 賃貸物件収入
- 投資不動産収入
- 上記に記載されていないその他の収入源

**資金援助申請書**

患者アカウント番号： \_\_\_\_\_

**家族/世帯の情報：**

家族/世帯の人数	
申請者の扶養家族の人数	
申請者の扶養家族の年齢	

**その他の情報：**

経済的困窮を示す多額の未払い金など、申請に関する NorthShore の判断に役立つ追加書類をお持ちの場合は、それらの書類を提出してください  
(例：電話代、電気代、医療費、銀行または当座預金の明細書など)

**申請承認：**

私は、本申請書の情報が、私の知る限り真実かつ正確であることを証明します。私は、NorthShore の本請求書の支払いを支援するために、私に適格性があると思われる州、連邦、または地域の援助を申請します。私は、提供された情報が NorthShore によって確認される可能性があることを理解し、本申請書で提供された情報の正確性を確認するために NorthShore が第三者に連絡することを承認します。私は、本申請書に故意に虚偽の情報を提供した場合、資金援助の対象外となり、私に与えられた資金援助は取り消される可能性があり、NorthShore 請求書の支払いに責任を負うことになることを理解しています。

申請者の署名： \_\_\_\_\_ 日付： \_\_\_\_\_

記入済申請書の提出者：	サポートが必要な場合の 連絡先
<p><b>郵送：</b> NorthShore University HealthSystem Patient Financial Services P.O. Box 1006, Suite 330 Skokie, IL 60076-9877</p> <p><b>ファックス：</b> (847) 982-6957</p> <p><b>ご自身で持参：</b> 病院の中央受付で、病院の財務カウンセラーに持参してください。</p>	<p><b>(847) 570-5000 に電話</b></p> <p>または病院の中央受付で、病院の財務カウンセラーと面談してください</p>
<p><b>Swedish Hospital：</b></p> <p><b>郵送：</b> Swedish Hospital Financial Service Center 5145 N. California Ave. Chicago, IL 60625</p> <p><b>ファックス：</b> (773) 878-6838</p> <p><b>ご自身で持参：</b> 財務サービスセンターで、病院の財務カウンセラーに持参してください。</p>	<p><b>Swedish Hospital：</b></p> <p><b>(773) 989-3841 に電話</b></p> <p>または病院の財務サービスセンターで、財務カウンセラーと面談してください</p>

資金援助申請書

患者アカウント番号 : \_\_\_\_\_

<p><b><u>Northwest Community Hospital :</u></b></p> <p><b>郵送 :</b> Northwest Community Hospital Patient Services Center Attn: Financial Counseling 800 W. Central Rd. Arlington Heights, IL 60005</p> <p><b><u>ファックス :</u></b> (847) 618-4549</p> <p><b><u>ご自身で持参 :</u></b> 患者サービスセンターで、病院の財務カウンセラーに持参してください。</p>	<p><b>Northwest Community Hospital :</b></p> <p><b>(847) 618-4542 に電話</b></p> <p>または患者サービスセンターで、病院の財務カウンセラーと面談してください</p>
<p>無保険患者割引申請手続きや病院の資金援助手続きに関する苦情や懸念は、イリノイ州検事総長のヘルスケア局（1-877-305-5145 または <a href="http://illinoisattorneygeneral.gov">illinoisattorneygeneral.gov</a>）に報告することができます。</p>	

部屋および食事に関する声明またはサポート確認書

本フォームは、部屋と食事を提供している人が記入するもので、申請者が法的配偶者以外の人と同居している場合にのみ記入するものです。

現在、私は部屋と食事を提供しています

\_\_\_\_\_  
(申請者のお名前を活字体でご記入ください)

部屋と食事が提供されるご住所

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

私は、週/月ごとに \_\_\_\_\_ ドルの金銭的な手当を支給しています (1つに丸をつけてください)

その他のサポート (詳細を記入してください)

\_\_\_\_\_

サポートする方のお名前とご住所 (活字体でご記入ください)

お名前： \_\_\_\_\_

ご住所： \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

電話

番号： \_\_\_\_\_

申請者の署名： \_\_\_\_\_ 日付： \_\_\_\_\_

サポート提供者の署名： \_\_\_\_\_ 日付： \_\_\_\_\_