

経済的支援申請
患者アカウント番号： _____

重要：無料または減額された金額で治療を受けることができる場合があります。

この申請書に記入することで、NorthShore - Edward Elmhurst Health (NS-EEH) が、無料または減額サービス、医療費の支払いに適用可能なその他の公的プログラムを受けられるかどうかを判断します。無保険の場合、無料または減額された金額で治療を受ける資格を得るために、ソーシャルセキュリティ番号は必要ありません。ただし、Medicaid を含む一部の公的プログラムでは、ソーシャルセキュリティ番号が必要です。ソーシャルセキュリティ番号の提供は必須ではありませんが、NS-EEH が公的なプログラムを受ける資格があるかどうかを判断するのに役立ちます。

NS-EEH があなたの経済的支援の受給資格を判断するため、サービス提供日後できるだけ早くこのフォームに記入してください。NS-EEH では、治療に関する最初の請求の明細書から 240 日以内に限り、申請を受け付けます。

患者は、NS-EEH が患者に経済的支援を受ける資格があるかどうかを判断するために、申請書で要求されたすべての情報を提供すべく誠実に努力することに同意する。

指示：申請書をすべて記入し、情報の正確性を確認するための署名をしてください。				
申請者個人情報				
E-mail アドレス			家族の人数（患者本人を含む）	
ラストネーム	ファーストネーム	ミドルイニシャル	生年月日	ソーシャルセキュリティ番号
番地・ストリート	アパート番号	市区町村	州	Zip コード
雇用主名			勤務先住所	携帯電話
雇用主が所在する市区町村		州	Zip コード	月収総額
人種（任意）	民族（任意）	性別（任意）	ご希望の言語（任意）	
配偶者/保証人、保護者（未成年者の場合）				
E-mail アドレス			患者との関係	生年月日
ラストネーム	ファーストネーム	ミドルイニシャル	ソーシャルセキュリティ番号	
番地・ストリート	アパート番号	市区町村	州	Zip コード
雇用主名			勤務先住所	携帯電話
雇用主が所在する市区町村		州	Zip コード	月収総額
勤務先電話番号				

推定的な適格性：

保険に加入していない患者で、以下の「推定的な適格性基準」のいずれかを個人的に、または家族に提供される給付金を通じて証明した場合、自動的に **free care** なお、**所得証明は必要ありません**。可能な限り電子的に資格を確認しますが、資格を証明するために患者の協力が必要な場合があります。

該当するものをチェックしてください（複数選択可）：

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> WIC（WOMEN, INFANTS, AND CHILDREN：妊婦、乳幼児、子ども向け補助食品プログラム） | <input type="checkbox"/> LIHEAP：LOW INCOME HOME ENERGY ASSISTANCE PROGRAM（低所得者向けエネルギー支援プログラム） |
| <input type="checkbox"/> SNAP（Supplemental Nutrition Assistance Program：補足栄養支援プログラム） | <input type="checkbox"/> COMMUNITY-BASED MEDICAL ASSISTANCE PROGRAM（地域密着型医療支援プログラム） |
| <input type="checkbox"/> ILLINOIS FREE LUNCH/BREAKFAST（イリノイ州無料昼食・朝食プログラム） | <input type="checkbox"/> GRANT ASSISTANCE FOR MEDICAL SERVICES（医療サービスのための助成金支援） |
| <input type="checkbox"/> 収監中 | <input type="checkbox"/> TANF：TEMPORARY ASSISTANCE FOR NEEDY FAMILIES（貧困家庭のための一時的支援） |
| <input type="checkbox"/> ホームレス | <input type="checkbox"/> 自己破産について（ケース番号 _____ 免責日 _____） |
| <input type="checkbox"/> 死亡時に遺産なし | <input type="checkbox"/> 宗教団体に所属し清貧を誓約 |
| <input type="checkbox"/> MEDICAID の受給資格はあるが、サービス提供日に受給資格がなかった、またはサービスがカバーされなかった | |

経済的支援申請

患者アカウント番号： _____

- ILLINOIS HOUSING DEVELOPMENT AUTHORITY'S RENTAL HOUSING SUPPORT PROGRAM (イリノイ州住宅開発公社の賃貸住宅支援プログラム)
- 精神的に余裕がなく、代理人がない

**** 推定的な適格性を証明する場合、所得情報の提出は必要ありません。なお、次ページの「申請者証明書」への署名は必要です。**

経済的支援申請
患者アカウント番号： _____

所得情報：

以下の要求される書類（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、申請が遅れたり、不承認になったりすることがあります。

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/保護者について、以下の書類を提出する必要があります。収入に関する書類を提出できない場合は、本申請書の最終ページにあるサポートレターを記入してください。

有効な州発行の身分証明書、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機関から申請者に宛てられた郵便物、同じ住所に居住し同居の事実を証明する家族からの確認書、ホームレスシェルター、移行施設またはその他の類似の施設からのレターのいずれか 1 つを含む、イリノイ州居住の事実を証明する書類を申請者は提出しなければなりません。

雇用者の場合：

- 前年度の確定申告書および/または Form W-2、Form 1099 等のコピー。
- 直近 2 通の給与明細書のコピー
- すべての当座預金、普通預金、信用組合口座の直近 2 通の明細書のコピー

自営業の場合：

- 前年度の確定申告書および/または Form W-2、Form 1099 等のコピー。
- すべての当座預金、普通預金、信用組合口座の直近 2 通の明細書のコピー

無職の場合：

- 前年度の確定申告書および/または Form W-2、Form 1099 等のコピー。
- 給付額が記載された失業認定通知書のコピー
- 解雇日が記載された前職の雇用主からのレター
- 支援確認書（本申請書の最終ページに記入すること）

フルタイムの学生の場合：

- 大学在籍を証明する書類（大学からフルタイムであることを示すレター、または授業料/金銭的な書類を含む）

退職者または障害者の場合：

- 前年度の確定申告書のコピーおよび/または Form W-2、1099 など（該当する場合のみ）
- 社会保障局からの最新の受給通知書のコピー（月額給付金額が記載されているもの）
- すべての当座預金、普通預金、信用組合口座の直近 2 通の明細書のコピー

その他の非賃金収入を証明するもの：

あなたの財務状況に該当する場合は、以下の情報を提出してください：

- 配偶者または子どもの養育費に関するレター
- 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

家族・世帯に関する情報：

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	

経済的支援申請

患者アカウント番号： _____

その他の情報：

NS-EHNS-EEH があなたの申請について判断するのに必要な追加書類、例えば、経済的困窮を示すような多額の未払い請求書がある場合は、それらの書類（例：電話料金、電気料金、医療費、銀行または当座預金の明細など）を提出してください。

経済的支援申請
患者アカウント番号： _____

申請内容の確認：

私は、本申請書の情報が、私の知る限りにおいて真実かつ正確であることを保証します。私は、この NS-EEH の請求書の支払いを支援してもらうために、私が受けることができる州、連邦、または地域の援助を申請します。私は、提出した情報が NS-EEH によって確認される可能性があることを理解し、本申請書に記載された情報の正確性を確認するために NS-EEH が第三者に連絡することを承認します。私は、本申請書において、故意に事実と異なる情報を提供した場合、私は経済的支援を受ける資格を喪失し、私に与えられた経済的支援は取り消される可能性があり、NS-EEH の請求書の支払いについては依然責任を負うことを理解します。

申請者の署名： _____ 日付： _____

記入済みの申請書の提出先：

病院：	Evanston Hospital Glenbrook Hospital Skokie Hospital Highland Park Hospital	Swedish Hospital	Northwest Community Hospital	Highland Park Hospital Elmhurst Hospital Linden Oaks
住所：	NorthShore University HealthSystem Patient Financial Services P.O. Box 1006, Suite 330 Skokie, IL 60076-9877	Swedish Hospital Financial Service Center 5145 N. California Ave, Chicago, IL 60625	Northwest Community Hospital Patient Services Center Attn: Financial Counseling 800 W. Central Rd. Arlington Heights, IL 60005	Edward-Elmhurst Health Financial Assistance Dept 4201 Winfield Rd Warrenville, IL 60555
ファックス、電子メール、または患者ポータル：	(847) 982-6957 に電話するか、NorthShore Connect にアップロードしてください。	(773) 878-6838 に電話するか、NorthShore Connect にアップロードしてください。	(847) 618-4549 または NCH MyChart にアップロードしてください。	(331) 221-2704 に電話するか、メールにて financialassistance@eehealth.org までご連絡ください。
電話番号：	(847) 570-5000	(773) 989-3841	(847) 618-4542	(866) 756-8348
手渡し：	経済的支援を申請する病院を訪問し、記入済みの申請書と補助書類を病院のファイナンシャルカウンセラーに提出してください。			

無保険患者減額の申請手続きや病院の経済的支援手続きに関する苦情や懸念は、イリノイ州検事総長管轄のヘルスケア局（Health Care Bureau of the Illinois Attorney General）（1-877-305-5145 または illinoisattorneygeneral.gov）に報告することができます。

経済的支援申請

患者アカウント番号： _____

ルーム&ボードステートメント（部屋と食事の提供状況）/サポート確認書

このフォームは、部屋と食事、または経済的支援を提供する人が記入するもので、法的配偶者以外の人と同居している場合のみ、申請者のために記入するものです。

私こと _____ は、現在、以下のものを提供しています

（該当するものをすべて選択してください）。

- 金銭支援
 部屋と食事

_____ 過去について _____

私は、上記の者が負担した医療費について、責任を負うものではありません

部屋と食事が提供されている住所

私は、週/月あたり\$ _____ の金銭的な手当を支給しています

（週と月のどちらかを丸で囲んでください）。

その他のサポート（具体的に説明してください） _____

サポートをしている方の氏名と住所（ブロック体で記入してください）

名前： _____

住所： _____

電話番号： _____

経済的支援申請

患者アカウント番号： _____

申請者の署名： _____ 日付： _____

サポートを提供している人の署名： _____ 日付： _____

経済的支援申請

患者アカウント番号： _____

雇用者所得証明書

この証明書は、 _____ が、 _____ に
(従業員名) (雇用主名)

雇用されていることを確認するためのものです。 _____。
(入社日)

_____ は、収入（控除前総額）を得ています。
(従業員名)

税金、社会保障、保険などのために) \$ _____。

支払頻度：

- 毎週
- 2週間ごと
- 月2回
- 毎月
- 年1回

_____ / _____ 日付： _____

雇用主の署名

肩書き

住所

州

Zip コード

電話番号