

病院の財政支援プログラム申請書カバーレター

Northwest Community Hospital (NCH) と Day Surgery センター II (DSV) は、患者のニーズに応えられるよう、さまざまな財政支援プログラムを提供しています。本プログラムは、NCHとDSVの料金にのみ適用されます。治療、処置、または医療サービスを提供するため、独立した施術者もしくは施術グループから個別の請求書を受け取るようになりますので、ご注意ください。これらの料金には、病院の財政支援プログラムは適用されません。

病院の財政支援プログラムに加えて、Medicaid (メディケイド)、Medicare (メディケア)、AllKids (オールキッズ) などの公的プログラムの適用を受けることができます。病院の財政支援プログラムを申請する前に、このようなプログラムへの申請が必要となる場合があります。NCHとDSVは、州が出資する公的プログラムとその登録手続きについて患者を支援します。

保険未加入の場合、無料または割引を受ける対象となるために社会保障番号 (SSN) は必要ありません。ただし、メディケイドなど一部の公的プログラム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、申請者に公的なプログラムを受ける資格があるかどうかを病院が判断するのに役立ちます。

無料または割引料金で治療を受けられる場合があります。この申請書に記入することで、NCHとDSV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。この申請書に記入し、病院に直接、郵送またはファックスで提出してください。病院が最初の治療費を請求してから240日以内に、無料または割引を申請してください。

病院の財政支援、割引プログラム、支払いオプションは以下の通りです：

プログラム	対象者：	概要	申込方法
自己負担額の割引	保険未加入の患者	NCH Self-Pay Discount Policy (自己負担額割引ポリシー) に基づき、請求金額から自動的に割引が適用されます。	申し込みは不要です。すでに明細書を受け取っている場合は、自己負担に関するスペシャリスト (電話番号：847.618.4747) までご連絡ください。
潜在的適格性	保険未加入の患者	連邦政府が決定した基準を組み込んだ予測モデルにより、100%のチャリティーケア (資金援助) 額) 割引が適用されます。	よろしければ、財政支援プログラム申請書を完成させてください。
財政支援	保険に加入している患者	保険料の払込後の残高は、家族の人数と連邦貧困ガイドラインに基づく所得に応じて、最大100%のチャリティーケア割引が適用されます。保険加入者は、病院無保険患者割引 (Illinois州) ではなく、NCH財政支援基準のみが適用されます。	財政支援プログラム申請書を完成させてください。
保険未加入者への財政支援	保険未加入の患者	連邦貧困ガイドラインに基づく家族の人数と収入に基づき、チャリティーケアまたは割引を提供します。保険未加入の患者は、NCH財政支援基準と病院無保険患者割引 (Illinois州) の適用を受けることができます。	財政支援プログラム申請書を完成させてください。
高額医療費の割引	保険未加入者・保険加入者	Northwest Community Hospitalでの診療に伴う医療費負債が、患者の世帯総所得の25%を超える場合に、自己負担額を制限するものです。	自己負担額が世帯総所得の25%を超えるかどうか判断してください。その場合、財政支援プログラム申請書を完成させてください。
支払計画プログラム	保険未加入者・保険加入者	患者の経済的負担を軽減するために、支払いに関する取り決めを行います。	申し込みは不要です。すでに明細書を受け取っている場合は、自己負担に関するスペシャリスト (電話番号：847.618.4747) までご連絡ください。

記入済みの申請書および添付書類を受け取ってから45日以内に回答いたします。ご質問がある場合、または追加支援が必要な場合は、ファイナンシャルカウンセラー (電話番号：847.618.4542) に連絡するか、<http://www.nch.org/patients-visitors/fees-and-bill-payment/patient-financial-assistance> で病院の財政支援プログラムに関する追加情報を入手してください。

保険外患者割引の申請手続きや病院の財政支援手続きに関する苦情や懸念は、Illinois州検事総長のヘルスケア局に報告されます。

<https://www.illinoisattorneygeneral.gov/consumers/healthcare.html>

ヘルスケア・ホットライン 電話番号：1-877-305-5145 (TTY 1-800-964-3013)

申請するプログラム： <input type="checkbox"/> 保険未加入者への財政支援 <input type="checkbox"/> 保険加入者への財政支援 <input type="checkbox"/> 高額医療費の割引 <input type="checkbox"/> 潜在的適格性
--

病院財政支援プログラム申請書

注意事項：この申請書はNorthwest Community Hospital（NCH）およびDay Surgery（DSV）の料金のみ対象となります。ポリシーに基づき、診察料に適用される場合があります。この用紙の両面に必要事項を記入し、署名した用紙を必要書類とともに返送してください。

1.申請者情報 *患者が未成年の場合、申請者として親/保護者を記入してください。			
氏名	電話番号	携帯番号	
住所	都市	州	郵便番号
社会保障番号	配偶者の有無	生年月日	メールアドレス
人種（任意）	民族（任意）	性別（任意）	希望言語（任意）
2.その他の家族/扶養家族			
氏名	生年月日	申請者との関係	
3.勤務先情報			
所得の支払を受ける者の氏名	勤務先名と勤務先住所	勤務期間と役職名	
4.その他の収入情報			
配当金、利子、社会保障給付金、労災保険、研修費、同居していない家族からの定期的な援助、政府年金、個人年金、保険および年金の支払い、家賃、印税、遺産、信託による収入、退役軍人恩給などその他の収入源をすべて記載すること。			
所得の支払を受ける者の氏名	収入の種類	月収	
5.住宅ローンまたは月払いの家賃			
**生活費および/または部屋代や食費を主に他の人が支払っている場合、または毎月の住宅ローンや家賃の支払いがない場合は、プライマリーサポートフォームに記入するか、住宅ローンが完済されたことを証明する書類を提出してください。			

6.資産
 すぐに利用可能な現金および投資（普通預金や当座預金の残高など）。資産には、申請者の主な住居、免除される個人資産、年金や退職金制度で保有する金額は含まれません。また、家族/扶養家族として記載されている人の書類も添付してください。資産とおおよその価格を記載してください。この場合、金融機関等からの明細書など、第三者による資産価値の確認ができるものが望ましいです。

所有者	種類	おおよその価格

7.署名
 私は、本申請書の情報が間違いなく真実かつ正確であることを証明します。私は、この病院の請求書の支払いを支援する資格があると思われる州、連邦、または地域の支援を申請します。私は、提供された情報が病院によって確認される可能性があることを理解し、この申請書に記載された情報の正確さを確認するために、病院が第三者に連絡することを許可します。私は、この申請書に故意に虚偽の情報を提供した場合、財政支援の対象外となり、付与された財政支援は取り消される可能性があり、病院の請求書の支払いは私の責任となることを理解しています。私は、経済状況に変化があった場合、直ちにNCHIに通知します。

申請者の署名	日付 / /
署名できない申請者	日付 / /
	申請者との関係

署名と日付を記入した申請書と一緒に、以下のものを同封してください。

- 直近の連邦所得税の確定申告書（署名/日付入り、W-2および1099の全スケジュールを含む）
- 患者を扶養家族として請求する確定申告書
- 30日分の給与明細（またはその他の収入証明）の直近2通と、1年分の収入一覧表
- 当座/普通預金口座の銀行明細書3ヶ月分全ページ
- Illinois州の居住者証明書（運転免許証、直近の光熱費の請求書、賃貸契約書、その他の証明書についてはファイナンシャルカウンセラーにご相談ください）。
- 社会保障からの決定通知書
- 現金払いの場合、勤務先からの賃金通知書
- 失業補償の受給通知書
- 公証されたプライマリーサポートフォームと署名者の住所が記載されたIDのコピー
- 潜在的適格性証明（リンクカード、フードスタンプ、WICプログラム、PADS ID、ホームレス証明のコピーなど、詳しくはファイナンシャルカウンセラーにご相談ください）
- 自営業証明書
- 年金支給通知書

必要事項を記入した申請書と書類を下記住所までご返送ください。申請書およびNCHの書類は、こちらから入手してください
<http://www.nch.org/patients-visitors/fees-and-bill-payment/patient-financial-assistance>

Northwest Community Hospital
 医療記録/ファイナンシャルカウンセラー
 宛先：ファイナンシャルカウンセリング
 800 West Central Road
 Arlington Heights, IL 60005
 Fax 847-618-4549

記入済みの申請書および添付書類を受け取ってから45日以内に回答いたします。ご質問がある場合、または追加支援が必要な場合は、ファイナンシャルカウンセラー（電話番号：847.618.4542）に連絡するか、<http://www.nch.org/patients-visitors/fees-and-bill-payment/patient-financial-assistance> で病院の財政支援プログラムに関する追加情報を入手してください。