

## チャリティケア／資金援助申請

親愛なる患者およびそのご家族様

私たちのミッションとコアヴァリューを実現していくため、患者様の支払い能力によらないヘルスケアを提供していきます。

### 当院が提供するチャリティケアおよび資金援助:

診療費支払いが困難な場合、ヘルスケアサービス支払いが全額または一部不可能なときは、この書式に記入し、提出してください。患者およびそのご家族様の収入が適格であれば、健康保険に加入している場合でも、それぞれの家族構成や世帯収入に応じて全額または一部が免除されます。

当院が提供する資金援助スキームおよびスライド式料金ガイドラインの詳細については、州政府のサイトを参照してください。

<https://www.providence.org/obp>

資金援助が適用される範囲について: 資金援助は、個々の患者様の適格基準により、政府が提供している必要な治療内容が適用されます。資金援助は、他の医療機関が提供した診療に対する費用など全ての診療費に適用されるわけではありません。

ご不明な点、記入に際してご質問がある場合: 当院が提供する資金援助スキーム、プログラムについての情報、申請書類は、ウェブサイトまたは電話にてご請求ください。身体障害や言語などが原因でサポートを必要とする場合は、いつでもご対応いたします。以下にご連絡ください。

<https://www.providence.org/obp>

カスタマーサービス担当連絡先: 503-215-3030 または 866-747-2455 月曜日 - 金曜日 8:00am ~ 8:00pm

### 申請の際には、以下の情報をご用意ください。

- ご家族の状況に関する情報**  
あなたの世帯の家族の人数(同居する子供、配偶者、養子を含む)
- あなたの世帯全体の月次総収入額(税引き前所得)**
- 資産の申告(資金援助申請書のリストに従って記入してください)**
- 必要に応じてページを追加してください。**
- 資金援助申請書に日付記入の上署名してください。**

### **\*\*収入証明書の提出が必要です\*\***

以下の書類の写しを申請書に添付して提出してください。

- 過去3か月分の給与明細
- 直近の家族全員分の申告済みの確定申告書
- 資金援助申請書に記載された通り、その他の収入に関する証明書も提出をお願いいたします。

**注意:** 資金援助の申請にあたっては社会保険番号の提出は必要ありません。ただし、社会保険番号を提出していたら申請手続きがよりスムーズに行われます。社会保険番号は提出いただいた情報の確認のために使用いたします。社会保険番号を取得していない場合には、「未取得」または「該当なし」を選択してください。

記入済の申請書と全ての添付資料を同封して郵送をお願いします(ご自身の控え用にコピーを1部おとりください):

<https://www.providence.org/obp>

PH&S Regional Business Office, P.O. Box 3268, Portland, OR 97208-3395

**記入済み申請書をご持参いただける場合:**お住まいの最寄りの病院の会計までご持参ください。

収入証明書を含む全ての申請書類を受理してから14日以内に承認される内容の最終結果をお伝えします。

資金援助申請書の提出により、当院への支払い負担や情報の確認に必要な情報の提供について同意するものとします。

**確実にお手伝いできるよう、早めに申請書を提出してください。  
あなたの情報を受理するまで請求書がお手元に届く場合があります。**

## チャリティケア／資金援助申請書－極秘

すべての項目に記入してください。適用できるものがない場合には「該当なし」と記入してください。  
必要に応じてページを追加してください。

### スクリーニング情報

通訳は必要ですか。  はい  いいえ 「はい」を選択した場合には、ご希望の言語をご記入ください:

患者はMedicaidを申請していますか。  はい  いいえ 資金援助申請前に申請が必要な場合がございます。

患者はTANF、Basic Food、またはWICのような州の公共サービスの提供を受けていますか。  はい  いいえ

患者は現在ホームレスですか。  はい  いいえ

患者に必要な診療は自動車事故または労災に関連していますか。  はい  いいえ

### ご注意ください。

- 申請が完了しても、資金援助の承認が得られない場合もございます。
- 申請書が提出されたら、当院は記入いただいた全ての情報の真偽を確認し、場合によっては追加の情報提供または収入証明書の提出をお願いすることがございます。
- 申請書と添付資料の提出が完了してから14日以内に、適格かどうかの結果をお知らせします。

### 患者と申請者に関する情報

患者の名	患者のミドルネーム	患者の姓
<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> その他(具体的に _____)	生年月日	社会保険番号(必須ではありません*)  *必須ではありませんが、州法の規定以上の援助を得るためには必要となります。
支払い責任者	患者との関係	生年月日
		社会保険番号(必須ではありません*)  *必須ではありませんが、州法の規定以上の援助を得るためには必要となります。
郵送先住所		主な連絡先
_____		( ) _____
_____		( ) _____
市	州	郵便番号
		電子メールアドレス: _____
支払い責任者の雇用状況		
<input type="checkbox"/> 被雇用者(雇用日: _____) <input type="checkbox"/> 無職(無職の期間: _____)		
<input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> 退職 <input type="checkbox"/> その他( _____ )		

### 家族の情報

あなたを含む家族の構成を記入してください。「家族」には同居する子供、配偶者、または養子が含まれます。

#### 家族構成

必要に応じてページを追加してください

名前	生年月日	患者との関係	18歳以上の場合: 雇用者名または収入源	18歳以上の場合: 月次総収入額(税引き前):	資金援助も申請していますか?
					はい/いいえ
					はい/いいえ
					はい/いいえ
					はい/いいえ

成人している家族全員の収入を提出してください。収入源(以下の例を参照):

- 給与 - 失業手当 - 自営 - 労災補償 - 障害者手当 - SSI - 養育費/配偶者補助
- 職場体験プログラム(学生) - 年金 - 退職積立勘定 - その他(具体的に \_\_\_\_\_)

## チャリティケア／資金援助申請書－極秘

### 収入に関する情報

*忘れないでください: 申請の際に必ず収入証明書を添付してください。*

家族全員の収入に関する情報の提供が必要です。資金援助の承認のためには、収入証明が必要です。  
**18歳以上の家族全員の収入に関する情報を提供してください。必要な書類が提出できない場合には、あなたの収入について記載された署名付きの書類に代えて提出することができます。収入源毎に収入証明書を提出してください。**

**収入証明書となるものは以下を参照してください。**

- "W-2" 源泉徴収票; または
- 過去3か月の給与明細; または
- 昨年度の確定申告書(明細があるならば明細も); または
- 雇用者が発行する署名付きの給与証明など; または
- Medicaidおよび/または州政府からの医療補助の承認/却下通知; または
- 失業保険支給の承認/却下通知

収入証明書がない、もしくは収入がない場合には、その状況を説明する文を作成して追加ページとして添付してください。

### 費用に関する情報

*あなたの財務状況をより良く把握するために利用する情報です。*

世帯の一月あたりの費用:

賃料/住宅ローン支払い \$ _____		医療費	\$ _____
保険料 \$ _____		水道光熱費	\$ _____
その他債務/費用 \$ _____		(養育費、借り入れ、薬代、その他)	

### 資産に関する情報

*この情報は、あなたの収入が連邦により定められる貧困基準を200%超えるかどうかの判断に使用されます。*

現在の当座預金口座残高 \$ _____  現在の普通預金口座残高 \$ _____	家族はその他の資産を保有していますか。 <b>以下のうちあてはまるもの全てにチェックをしてください。</b> <input type="checkbox"/> 株式 <input type="checkbox"/> 債券 <input type="checkbox"/> 401K <input type="checkbox"/> 医療費用口座 <input type="checkbox"/> 信託口座 <input type="checkbox"/> 不動産(自ら居住中のものを除く) <input type="checkbox"/> 事業経営
--	---

### 追加情報

財政上の問題、一時的な所得、個人的な損失など、これ以外に申告したい現在の経済状況に関する情報があれば、その旨を記入した追加のページを添付してください。

### 患者による同意

私は、資金援助または支払助成プランが適格かどうかの決定のサポート目的のため Providence Health & Services が信用情報を確認するおよびその他関係者から情報を取得することがあることを承認します。

上記の情報は、私の知りうる限りで、真正かつ正確であることを証します。私が提供した情報に誤りがあり、その結果資金援助の申請が却下された場合、責任は私にあり、提供を受けたサービスの対価を支払うことを理解しています。

申請者署名 \_\_\_\_\_

日付 \_\_\_\_\_