

	原本発効日： 2013年1月 前回改訂日： 2015年10月 改訂有効日： 2016年1月	ページ 1/11	ポリシー番号 CA-FIN-501
題目：カリフォルニア慈善医療および割引支払ポリシー	承認：収入サイクル担当副社長		

目的：

本ポリシーの目的は、支払い能力がない人に医学的に必要な治療の利用を促進するため、および治療費用の一部のみを支払うことができる人に請求金額の割引を提供するために作られた Providence Health & Services (PH&S) の「経済的支援および緊急医療治療」ポリシーを、説明することです。これらのプログラムは、PH&S によって提供される緊急およびその他の医学的に必要な医療サービスに関連してのみ、提供されます。ここに記載されている本ポリシーおよび経済的支援プログラムは、カリフォルニア州内で PH&S によって所有、リース、または運営されている個々の病院のための、公式な経済的支援ポリシー（「FAP」）および緊急医学的治療ポリシーを、構成します。

カリフォルニアの PH&S 病院：

Providence Saint Joseph Medical Center、Providence Holy Cross Medical Center、Providence Little Company of Mary Medical Center San Pedro、Saint John's Health Center、Providence Tarzana Medical Center、Providence Little Company of Mary Medical Center Torrance。

ポリシー：

PH&S はカソリックの医療組織であり、その使命と基本的価値観によって導かれ、思いやりのあるサービスによって神様の愛を万人（特に貧者および弱者）に啓示する目的で設立されています。医学的に必要な医療サービスが、コミュニティのメンバーおよび緊急に医療を必要とする人に、遅れることなく、支払能力とは無関係に利用可能であることが、個々の PH&S 職務の信条であり実践です。このポリシーの目的のため、「経済的支援」には、PH&S によって提供される慈善医療およびその他の経済的支援プログラムが含まれています。

1. PH&S は、緊急医療サービスおよび慈善医療に関連する連邦政府および州の法令を順守します。
2. PH&S は、他に主要な支払源がない適格患者に慈善医療を提供して、彼らを医学的に必要な PH&S 医療サービスに対する金銭上の義務のすべてまたは一部から解放します。
3. 基本的価値観に沿って、PH&S は適格患者に慈善医療を、丁寧な、思いやりのある、偏りのない、一貫した、効果的な、効率的な方法で適用します。
4. PH&S は慈善医療を決定するとき、年齢、人種、肌の色、信条、民族性、宗教、国籍、配偶者の有無、性別、性的指向、性同一性、性表示、身体障害、兵役経験者や兵役、または連邦政府、州、地域の法令で禁止されているあらゆるその他の基準に基づいて差別することはありません。
5. PH&S は情状酌量が必要な状況で、自身の裁量によって、本ポリシーの範囲外で経済的支援を承認することがあります。回収不能/推定的慈善は右記によって承認されますが、これに限定されません：社会的診断、ホームレス、破産、財産のない病人、病人以外/保証人の支払い不能、および集金代行業者の割り当てで勘定が解決しない理由。
6. 本ポリシーは、California Assembly Bill 774 (Health and Safety Code Section 127400 *et. seq.* で成文化され、2007年1月1日発効、California State Senate Bill 350 により改訂 2008年1月1日発効、Assembly Bill 1503 2011年1月1日発効、および SB 1276 により改訂 2015年1月1日発効) を完全に順守するように、解釈および実施する必要があります。Providence Health and Services Southern California (PHSSC) 施設のために活動する集金代行業者はすべて、集金代行業者に関する改正され該当する PHSSC ポリシー Health and Safety Code Section 127400 *et. seq.* を、順守するものとします。関連する Regional Business Office Policy、GOV-107、Debt Collection Standards and Practices Policy を参照してください。

定義：

7. “**慈善医療**”は適格患者への完全な経済的支援を意味し、それらの人を、医学的に必要なまたは適格な選択医療サービス(完全慈善)に対して金銭的債務全体から解放します。
8. “**支払割引**”適格患者への部分的経済的支援を意味し、それらの人を、医学的に必要なまたは適格な選択医療サービス(完全慈善)に対して金銭的債務の一部から解放します。
9. **総合料金**は、患者への医療サービスの提供に対する、施設の完全に確立された料金での合計料金であり、所得からの控除が適用される前の金額です。総合料金は、部分的慈善または個人負担支払割引に適格な患者には、決して請求されません。
10. **個人負担支払割引**は、経済的支援に適格ではない患者、第三者の支払人がいない患者、または加入している保険が提供されたサービスをカバーしない患者、または便益を使い果たした患者に与えられる割引です。Private Pay Discount Policy、CA-FIN-5003 を参照してください。
11. **緊急医師**は、Business and Professions Code の第 2 章(セクション 2000 から始まる)に従ってライセンスを与えられた医師および外科医を意味し、病院によって資格を与えられ、病院に雇用されるか病院と契約して、その病院の救急部門で緊急医療サービスを提供します。ただし例外として緊急医師には、病院の救急部門に呼び寄せられた専門医師、救急部門以外に職務しているか特権がある医師は含まれないものとします。緊急医療サービスを PHSSC 病院で患者に提供する救急室医師は、カリフォルニア州法により、保険でカバーされない患者または連邦貧困レベル 350% 以下の高額医療費の患者に、割引を提供する必要があります。
12. **PH&S の FAP の影響下にあるプロバイダー**：該当する PH&S 病院施設個々に加えて、入院中の PH&S 患者に医療を提供するすべての医師およびその他のプロバイダーは、特別に異なった特定をされていないかぎり、これらのポリシーの支配を受けます。添付 A に、PH&S 病院の部門で医療を提供するプロバイダーすべてに関連するリストを患者がどこで入手できるか、および患者が PH&S 経済的支援ポリシーの影響を受けるかが、示されています。このリストには、オンラインで www.providence.org でアクセスでき、病院のファイナンシャルカウンセラー経由でのご依頼によっても印刷として入手できます。
13. **本ポリシーで適格なサービス**：慈善医療および割引支払のポリシーは、緊急医療または医学的に必要な医療または適格な選択医療を受ける適格患者に提供される、あらゆるサービスに適用されます。これには、自己支払い患者、第三者支払人によって必要とされる自己負担金負債 (Medicare および Medi-Cal の費用分担金額) が含まれ、患者が経済的に支払い不能であることが決定されます。医学的に必要な医療には、以下が含まれます。
 - a. 救急部門での緊急サービス。
 - b. 即座に治療しないと患者の健康状態に異変が発生する可能性がある状態に対するサービス。
 - c. 緊急部門外(直接入院)での、命に関わる状況に対応して提供される選択外のサービス。
 - d. Medicaid 受益者に提供される、カバーされない医学的に必要なサービス。
 - e. PH&S によりケースバイケースで決定される他のあらゆる医学的に必要なサービス。
14. **適格な選択医療には、以下が含まれます。**
 - a. 患者とその医師は、選択的延期可能な医療のために慈善可能なサービスを探し求めることができます。選択医療が慈善サービスおよび割引サービスに適格になるのは、以下の要件すべてに適合する場合のみです。
 - i. PH&S 施設の医療スタッフのメンバーが、慈善サービス依頼を提出する必要があります。
 - ii. すでに患者が依頼している医師の患者であり、医療を適切に継続するためにその医療が必要である。審美的な手順は慈善サービスには不適格です。
 - iii. 医師はサービスを、このポリシーの慈善ガイドラインによって病院で決定されたのと同じ割引率で提供する(無料医療までを含む)。
 - iv. 患者は当社のサービスエリア(PH&S により決定)で生活しており、
 - v. 患者は、選択医療を受ける前に、経済的支援申請書に記入して、PH&S から文書で承認を受けます。
15. **慈善の適格性**は、以下の基準の 1 つ以上に基づいて、本ポリシーで定義された支払無能力によって、決定されるものとします。

- a. **推定的慈善** – 個々のアセスメントにより、経済的支援申請は以下の理由で必要なしと決定されます。
 - i. 患者に居住先住所がない (例えばホームレス)。
 - ii. 本ポリシーで適格と見なされるが第三者支払人によってカバーされないサービスが、ある種の Medicaid (カリフォルニア住民への Medi-Cal) または State Indigency Program (例えば Restricted Medi-Cal のカバー範囲外でサービスを受ける) に登録されている患者に提供されたか、これらのプログラムの経済的資格認定に、最低限度の資産以下しかないこと、および支払最大能力としての Medi-Cal 定義の費用分担が含まれているため、サービスの Medi-Cal 処置承認が拒否された。および/または
 - iii. 患者に支払能力がないことが、外部の集金代行業者の収入/資産調査によって確認されている。集金代行業者が訴訟は実行されないと判断した場合、アカウントは非アクティブ状態にされ、PH&S の月次レビューで以後のアクションが決定されます。これには、慈善承認、集金代行業者からのキャンセル、信用報告の削除などの可能性が含まれます。
 - iv. 患者に支払能力がないことは、地域の事業所スタッフにより、第三者エンティティを使用した収入/資産調査を介して確認されます。

- b. **慈善** – 支払い能力がないことの個々のアセスメントには、以下が必要です。
 - i. PHSSC 地域のすべての施設に対する「人としての尊厳」に関する Mary Potter プログラムの経済的支援申請への記入。
 - ii. 患者が経済的支援を申請した時点で、患者の総所得が、適用可能な連邦貧困ガイドライン (FPG) の 3 倍 (300%) 未満であることの確証。この所得レベルの患者は、100% 慈善医療に適格と見なされます。および/または
 - iii. 患者が経済的支援を申請した時点で、患者の総所得が適用可能な FPG の 100% ~ 350% であること、および患者個々の経済状況 (高額の医療費など) により、割引支払 (部分的慈善医療) または 100% 慈善医療の可能性に適格であることの確証。施設は、患者の個々の経済状況の評価で、患者の収入と金銭的資産を検討することがあります。ただし金銭的資産には、Internal Revenue Code で認定された退職補償プランまたは繰り延べ給与プラン、または認定されていない繰り延べ給与プランは、含まれないものとします。さらに、患者の金銭的資産の最初の 1 万ドル (\$10,000) は適格性の決定で考慮せず、最初の 1 万ドルを超える患者の金銭的資産の 50 パーセントも考慮しないものとします。ただし、収入および金銭的資産について得られた情報は、集金活動に使用されないものとします。
 - iv. 総所得が FPG の 350% 以下の患者は、病院がサービスを提供することに対して右記から受け取ることを誠意を持って期待する支払金額の最大値の 100% を超える支払義務は、決してありません：治療を受けた病院が加入している Medicare、Medi-Cal、Healthy Families Program、または政府後援の医療補助プログラム。この金額は、少なくとも毎年確認するものとします。治療を受けた病院が、Medicare または病院が加入している政府後援の医療補助プログラムによる確立された支払がないサービスを提供する場合、病院は割引支払を確立して充当するものとします。総所得が FPG の 350% を超える患者は、該当する個人負担支払入院患者または外来患者の割引払い戻し率、または規定された自己負担金額のいずれか小さい方を超えて負担することはありません。さらに、それまでの 12 ヶ月に医療支出合計が総所得の 10% を超える、総所得が FPG の 350% 以下の保険未加入および加入済みの患者は、100% の慈善給付金を受け取ります。慈善請求抹消の適格な費用には、保険が請求され、保険負債額が回収された後の患者債務金額のみを、含むものとします。

注意： 総合料金は、部分的慈善または個人負担支払割引に適格な患者には、決して適用されません。総合料金が適切な Medicare または個人負担支払率に対して調整されると、患者債務は、集金代行業者に問い合わせる場合であっても、変わりません。

16. 経済的支援に適格な患者に請求される金額を計算する基準

- a. 本ポリシーでの請求に関する利用可能な割引および制限のカテゴリーには以下が含まれます
 - i. **100 パーセント割引/無償医療：** 家族サイズに調整された家族総所得が現在の連邦貧困レベル (「FPL」) の 300% 以下の患者および保証人は、緊急医療または医学的に必要な医療の合計病院料金の 100% 割引に適格です。これにより、患者または保証人は、他の民営または公営の健康保険の経済支援に適格ではなくなります。
 - ii. **料金の 75 パーセント割引：** 添付 B で説明されている PH&S のスライド制料金が、75 パーセント割引の形で現在の連邦貧困レベルの 301% ~ 350% の患者または保証人に提供される経済的支援の金額

を決定するために、使用されます。これは、患者または保証人に利用可能な金銭的支援の可能性すべてが使い果たされたまたは拒否された後であり、請求された料金の支払いへの可能な資金調達について、個人の財源および資産が見直された後です。経済的支援は、家族所得が連邦貧困レベルの350%を超える患者または保証人に、提供されることがあります。これは、事情が厳しい経済的苦境または個人的な損失を示す場合です。

- iii. **経済的支援に適格な患者すべてへの請求の限界**：経済的支援に適格な患者すべてへの請求の限界：上記の割引のいずれかに適格な患者または保証人に、受けた緊急医療またはその他の医学的に必要な医療に対して、米国財務省規定セクション 1.501(r)-1(b)(2) で規定されている、総合料金の「一般に請求される金額」(AGB) パーセンテージを超える該当する PH&S 病院からの請求への、個人的な責任はありません。PH&S は AGB を、緊急医療または医学的に必要な医療の病院の総合料金に、Medicare で許されている請求に基づく固定パーセンテージを乗じることにより、決定します。各 PH&S 病院で使用される AGB パーセンテージを詳説する情報シートおよびその計算方法については、以下のウェブサイトから www.providence.org で取得するか、1-866-747-2455 に電話して用紙コピーを依頼してください。さらに、1 経済的支援に適格な患者への緊急医療サービスおよび医学的に必要な医療サービスに対して 12 ヶ月間に回収できる最大金額は、患者の家族総所得の 20% であり、本ポリシーでの患者の継続的な適格性によります。

17. 下記は慈善治療ではありません。

- a. **不良債権**：不良債権は、支払を好まない患者、または経済的支援の認定に失敗することから発生し、支払不能であることを証明することになります。
- b. **契約的調整**：サービスの小売り価格と、回収不能のカバー対象サービスの、政府または管理された契約医療支払人が許容する金額との差。または。
- c. **その他の調整**：
 - i. **サービス回復調整**は、患者が最適患者医療経験に満たないことを確認することによって、完了します。
 - ii. **リスク管理調整**：ここでは、潜在的リスク責任状況が特定され、医療の費用を吸収し、患者に請求しないために Providence リスク管理が選択されています。
 - iii. **支払人の拒否**：ここでは、契約条項に基づく時期を失した請求により、または管理された医療支払人による遡って効力があるサービス拒否により、施設は支払を受けることができず、要請は成功しません。

18. **合理的な支払計画**：取り決められた計画が達成されないとき、部分的慈善認定の患者に対して SB 1276 によって必要とされる既定の計画。SB 1276 では、患者家族の 1 ヶ月の所得の 10% 以下の毎月の支払計画が規定され、必須の生活費の控除が除かれています。

- a. “**必須生活費**” は、このサブディビジョンでは、以下のいずれかに対する費用を意味します。家賃または住宅費と保守、食糧と家庭用度品、ユーティリティと電話、衣服、医療と歯科の支払、保険、学校とよび保育、子供とび配偶者へのサポート、交通と自動車の費用 (保険、ガソリンおよび修理を含む)。分割払い支払金、洗濯代、臨時費。救急部門の医師とその指名された人は、合理的な支払システムの確立で、収入および費用の病院の決定に頼ることができます。

評価プロセス：

患者または保証者は、以下のいずれかの方法により、本ポリシーでの経済的支援を申請できます。(1) PH&S の患者金融業務担当者に、退院時またはその前に、支援を依頼することを知らせて、申請書式および PH&S から要求された場合は文書書を提出します。(2) 申請書式を PH&S ウェブサイト www.providence.org からダウンロードし、その書式を必要な文書と共に提出します。(3) 1-866-747-2455 に電話して書式を依頼し、それを提出します。または、(4) PH&S の「請求および回収」ポリシーで指定されているその他の任意の方法。PH&S は、その経済的支援ポリシーに関する表記および情報を、適切なアクセス領域に表示します。これには救急部門および入院エリアが含まれますが、これらに限定されません。

¹この最大金額が適用される 12 ヶ月の期間は、本ポリシーの発効日後の、適格な患者が適格と決定される医療サービス (例えば医学的に必要なサービス) を受ける最初の日に始まるものとします。

慈善医療をお求めの方には、予備スクリーニングが実施され、このスクリーニングによって慈善医療に不適格と見なされなかった場合、申請書が申請方法の指示と共に与えられます。このスクリーニングの一部として、PH&S は保証人が使い果たしているか、または第三者支払源への資格がないかを、確認します。保証人の貧者としての身元確認が PH&S にとって明確な場合、証拠などを必要としない明白な適格性が決定され、この場合 PH&S は申請書やサポート文書を必要としないことがあります。

最初のスクリーニング後に慈善医療を申請する資格がある可能性がある保証人は、申請後 14 日、または最初の退院後請求書が患者に送付される日の 240 日のどちらか遅い方までに、慈善医療決定をサポートするため、十分な文書を PH&S に提出する必要があります。慈善申請書と共に提出された文書に基づき、PH&S は、追加情報が必要か、または慈善医療にできるかを、決定します。保証人が適切な申請手順を満足できる程度に、上記に指定された期間内に完了できないことは、PH&S が回収努力を開始する十分な根拠になります。

公的支援の状態および慈善医療への適格性の可能性の最初の決定は、サービス日のできるだけ近くに完了します。

PH&S は最終決定を保証人に、必要な文書を受け取った 10 営業日以内に、文書で通知します。

保証人は、慈善医療に対する不適格決定に、関連する追加文書を PH&S に、拒否通知受取り後 30 日以内に提出することによって、不服申し立てをすることができます。不服申し立てのすべてがレビューされ、不服申し立てへの決定が拒否を支持する場合、文書による通知が保証人と州法により保健局に送付されます。最終申し立てプロセスは、申請者による拒否の受取り後 30 日以内に結論を出します。

経済的支援の適格性を認める他の方法は、以下が条件となります。

- 回収制限を受ける法的資格の期限が切れた
- 保証人が死去し、財産や遺産がない
- 保証人が破産した
- 保証人が、自らの経済的支援の適格性を立証する財務記録を提供した
- 保証人の生涯固定収入等の財務記録が、保証人の収入が負債の返済が可能ないように決して改善しないことを示している。

請求と回収: 利用できる割引の申請後に患者または保証人に未払い残高がある場合、PH&S の請求および回収の統一ポリシーに従って回収に回されます。患者または保証人の未払金に対する PH&S の請求および回収のプラクティスについては、PH&S の請求および回収ポリシーを参照してください。このポリシーは、PH&S 病院の登録受付所または www.providence.org から入手するか、電話 1-866-747-2455 にて送付をリクエストください。

参照/関連ポリシー

American Hospital Association Charity Guidelines
California Hospital Association Charity Guidelines
California Alliance of Catholic Healthcare Charitable Services Guidelines
Providence Health and Services Commitment to the Uninsured Guidelines
Patient Protection and Affordable Care Act of 2010 (Federal Exemption Standards) Private Pay Discounting Policy CA-FIN-5003
Regional Business Office Debt Collection Standards and Practices Policy, RBO-GOV-107

協力

本ポリシーは、以下の部門との協業で開発されました。

PHSSC 財務部門

Providence Health & Services 法務部門

承認：

Teresa Spalding

収益循環担当副社長

ファイル署名

日付

添付 A

PH&S の 経済的支援ポリシーおよび関連する割引の影響を受けない病院ベースのプロバイダー

PH&S 経済的支援ポリシーの影響を受けるかとは無関係に、PH&S 病院で医療を提供するプロバイダーすべてのリストを、ご入手いただけます。このリストはオンラインで www.providence.org でアクセスするか、当病院でファイナンシャルカウンセラーを通して依頼することにより、印刷物で入手できます。プロバイダーが経済的支援ポリシーの影響を受けない場合、そのプロバイダーは、患者の入院中に自身が提供した専門的サービスに対して別個に、プロバイダー独自の該当する経済的支援ガイドライン(存在する場合)に基づいて、患者に請求します。

添付 B
PH&S CA 慈善医療パーセンテージスライド料金率

FPL の 300% を超える所得と資産がある保証人の場合、スライド料金率の適用可能性の決定に、世帯の所得と資産が考慮されます。

IRA、403b、401k の評価に考慮される資産は、患者が活発にそれらから引き出していないがきり、本ポリシーでは除外されます。その他すべての資産では、最初の \$10,000 が除外されます。

連邦貧困ガイドラインレベルのパーセンテージとしての所得と資産	元の請求からの割引(抹消)のパーセント	保証人に請求される残額
100 ~ 300%	100%	0%
301 ~ 350%	75%	25%

添付 C

回収慣行の注意事項 病院のサービスに対する債務の回収に関する患者の権利

州法および連邦法は、債務回収代行業者が患者を公平に扱うことを要求し、債務回収代行業者が虚偽の申し立てまたは暴力による脅しをすること、不愉快なまたは粗野な言葉使いをすること、患者の雇用者を含む第三者と不適切な通信をすることを、禁じています。異常な状況を除き、債務回収代行業者は、午前 8 時以前または午後 9 時以降に患者に接触してはなりません。一般に債務回収代行業者は、患者の債務について、患者の弁護士や配偶者以外の他者に情報を与えてはなりません。債務回収代行業者は、他者に接触して患者の場所を確認すること、または裁判を執行することができます。回収代行活動の詳細については、Federal Trade Commission に電話 1-877- FTC-HELP (382-4357) またはオンラインで www.ftc.gov にお問い合わせください。

グループや民営の保険またはその他の第三者支払人プログラムでカバーされており、当社がその組織に請求することをお望みの場合は、加入情報を提供していただく必要があります。この要件は、保険カード、またはポリシー情報 (該当する場合従属する補償範囲を含む) を提供する他の適切な文書を提示していただくことによって、満たされます。この債務の支払いに支援が必要な場合、Medicare、Medi-Cal、Healthy Families、California Childrens' Services、California Victims of Violent Crimes、自動車医療保険、または慈善医療を含むその他の第三者プログラムに、患者が適格な場合があります。これらのオプションを追求することをお望みの場合は、病院の入院担当者または事務所担当者にお尋ねください。病院の慈善ポリシーおよび自己支払い割引ポリシーを取得するには、入院担当者または事務所担当者にお手伝いを依頼するか、ダウンロード可能な書式を入手するために病院のウェブサイトアクセスしてください。

非営利クレジットカウンセリングサービスも、お役に立つことがあります。これらのプログラムのリストについては、電話帳を参照してください。

患者または責任者は、病院入院条件または外来患者治療条件に署名する必要があります。この文書には、病院から提供されたサービスに対する支払いの経済的責任の同意が含まれます。病院は、患者がそこへの加入情報を提供する任意の第三者支払人に、請求します。患者は、支払人によって指示された自己負担金額を支払うように求められます。患者は、これらのプログラムでカバーされないサービスに責任がある場合があります。患者は、サービスの終了後に請求を受けます。ただし、サービスが提供される前に内金を要求されることがあります。負債が未払いのままの場合、アカウントは当病院との契約によって外部回収代行業者に照会されることがあります。回収代行業者は、上記の回収原理に従います。負債が未払いのままの場合、回収代行業者は病院の代理として信用調査機関を使用して未払い債務をリストし、法的手続きを開始することがあります。これにより、賃金差し押さえ通告、または患者または責任のある当事者の資産への抵当権が発生することがあります。Providence Health and Services 慈善ポリシーは、家族総所得が連邦貧困ガイドライン (FPG) の 250% 未満の人が経済的支援申請を提出すると、完全な支援に適格であることを、規定しています。総所得が 250% を超える人も、申請で提供される情報によって異なりますが、部分的または完全な支援に適格な可能性があります。

この注意事項に不明な点がおありの場合は、入院担当者または事務所担当者に尋ねるか、800 (適切な病院の電話番号を挿入) に電話で尋ねてください。

経済的支援要請

I. 患者情報					
患者氏名				社会保障番号	
住所 番地		都道 府県 郵便番号		電話番号 自宅 職場	
生年月日	主治医 (PCP)			米国市民 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	

II. 保証人情報					
請求の支払の責任を負う人の氏名				関係	
住所 番地		都道 府県 郵便番号		社会保障番号	
電話番号	自宅	職場	米国市民 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	生年月日	

まだサービスを受けておらず、事前資格審査を申し込まれる場合は、このボックスにチェックを入れてください。

他の医療団体による経済的支援の認定を受けたことがありますか？ はい いいえ

「はい」の場合、その団体の名称を記入してください _____

医師または外科医による紹介を受けていますか？ はい いいえ

「はい」の場合、医師の氏名および電話番号を記入してください _____

III. 家族情報 – 世帯で生活している人全員を、申請者を含めて記入してください。必要な場合は用紙を追加してください

世帯に住んでいる任意の人 (ご自身を含む) をリストしてください。所得には、(税引き前) 賃金、育児支援収入、扶養手当収入、賃貸収入、失業補償、社会保障給付金、公的/政府支援、提供したサービスへの交換としての家賃または生活費などが、含まれます。

家族構成	年齢	関係 (患者との)	収入源または 雇用者名	サービス実施日前の 毎月の 総所得	保険対象ですか？ (はい、 または、いいえを丸で囲む) 「はい」の場合保険をリスト (例えば Blue Cross、PHP など)
1.					「はい」 または 「いいえ」
2.					「はい」 または 「いいえ」
3.					「はい」 または 「いいえ」
4.					「はい」 または 「いいえ」
5.					「はい」 または 「いいえ」
6.					「はい」 または 「いいえ」
7.					「はい」 または 「いいえ」
8.					「はい」 または 「いいえ」
9.					「はい」 または 「いいえ」

反対側に続く。

IV. 支出と資産

家賃 _____		リクリエーション用車両 _____
貸付金支払い _____	確認送付	健康保険料 _____
貸付金残高 _____	確認送付	株式、債券、年金口座など _____
生活費 _____		毎月の養育費 _____
口座残高の確認 _____		主要な住宅以外の不動産 _____
預金口座残高 _____		その他の資産 _____
自動車支払い _____		_____
車両の年式および型 _____		_____

全日制の学生ですか? _____ 学生ローン報告書を送付してください。

何らかの形の公的支援 (食品割引券、HUD ハウジングなど) を受けていますか? _____ 「はい」の場合、確認を送付してください。

これまで 12 ヶ月の合計医療支出はいくらですか? (支払の証明書を提供してください)

親または他の人の支援を受けていますか? はい いいえ

「はい」の場合、支援してくれている人の所得と税金の情報を、提供してください。

個別の状況を説明する書簡を書く必要がある場合は、この書式に添付してください。

V. 必須情報 – 本申請書に含まれている必要があります

以下が、記入されていることを確認してください。

<input type="checkbox"/> 前年の納税申告書の写し	<input type="checkbox"/> 直前 3 ヶ月の銀行取引明細書の写し	<input type="checkbox"/> 当会計年度の初めから現在までの全収入の報酬または給与明細書を示す所得証明
--------------------------------------	---------------------------------------------	---------------------------------------------------------------

自営業の場合、直前 12 ヶ月の損益計算書および前年の納税申告書の写しを、含めてください。申請を処理するために、追加情報が必要な場合があります。その場合は、ご連絡いたします。

VI. 承認

私は、ここに、上記の財政アンケートに含まれる情報が私の知っている限り正しくて完全であることを保証します。私は Providence Health & Services に、提供された情報の一部またはすべてを検証する権限を与え、信用調査報告がこの検証プロセスの一部として運用されることを了解いたします。

X
責任者署名 _____

_____ 日付

Providence Health & Services は、お客様の健康管理ニーズに応じた優れたサービスを提供するよう努めます。