

病院ケア保証プログラム(HCAP)または財政支援の機密申請
Trinity Health の医療施設および医師が提供する病院および専門サービス向け

個人・機密情報

Guarantor Name Smarttext
Guarantor Address Smarttext

Date Smarttext: October 08, 2021

保証人 : Guarantor smarttext
症例番号 : smarttext
症例に関与する患者 :
- smarttext patient name(s)

patient name smarttext 様、

RHM smarttext を医療提供者として選択していただき、ありがとうございます。経済的支援の評価を完了するには、同封の申請書に必要事項を記入し、以下の住所に返送してください。

ご不明な点がある場合は、カスタマーサービスセンター (800-494-5797 : 月曜日～金曜日の午前 9 時～午前 5 時) までお問い合わせください。

敬具、

Trinity Health Enterprise Patient Financial Services
RHM smarttext の代理人
20555 Victor Parkway
Livonia, MI 48152

病院ケア保証プログラム(HCAP)または財政支援の機密申請
Trinity Health の医療施設および医師が提供する病院および専門サービス向け

申請書に必要事項を記入して署名し、以下のコピーを含め 10 日以内に返送してください。

要証明

- 過去 1 か月の総収入の証明 過去 3 か月の総所得の証明(HCAP を申請する場合)
 - 過去 2 か月間におけるすべての銀行口座のすべてのページを含む銀行取引明細書 (定期預金についての説明を含む)
 - 最近の納税申告書 (スケジュール C、E、または F の 1040 フォーム) または 3 か月分の損益計算書 (自営業者/扶養家族の場合)
- 該当する場合は、以下を用意してください
- 季節収入の最近の
 - 失業手当/受給拒否通知書
 - 養育費収入・慰謝料
 - 無収入 - 申請書の経済的サポートに関する該当部分に記入してください

患者情報

患者名		生年月日			
社会保障/EIN 番号 (任意)		携帯電話番号		その他電話番号	
郵送先住所		都市名	州	郵便番号	
Email アドレス		あなたはどの州の居住者ですか			
配偶者の有無 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 婚姻 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> その他 [Other] _____					
病院サービスの日付(秒): _____ から _____ まで					
連邦税申告書を提出しますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			ほかの人の確定申告で被扶養者になっていますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
いいえの場合、その理由は何ですか?					
あなたまたはあなたの扶養家族は、勤務時に健康保険に加入していましたか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (保険証のコピーを提出してください)					
あなたは、登録を受けた米国の居住者ですか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 回答を希望しない					
世帯員(最近の納税申告書に基づくあなた自身を含む)	生年月日	患者との関係	入院前の3ヶ月分の収入	入院前の12ヶ月間の収入	納税申告書(Y/N)で請求
(患者)		自己			

病院ケア保証プログラム(HCAP)または財政支援の機密申請
Trinity Health の医療施設および医師が提供する病院および専門サービス向け

世帯全員の所得証明					
月々の収入源	その収入を受け取るのは誰ですか？	月間総収入 (税引前)	月々の収入源	その収入を受け取るのは誰ですか？	月間総収入 (税引前)
賃金			労災補償		
社会保障/障害			失業		
年金			養育費/慰謝料		
自営業			借地収入		
生活保護			その他		
済的支援の申請 - 支援を提供する人のみ記入してください					
<input type="checkbox"/> 私は患者の生活費の 50% 以上を援助していますが、医療費の援助はできません。 <input type="checkbox"/> 当申請書に署名することにより、私は上記の記述が正しいこと、および患者の請求書に対していかなる責任も負わないことを証明します。質問がある場合は、以下まで連絡してください。 _____ (電話番号)					
支援者の氏名			患者との関係		
支援提供者の署名			日付		

収入証明と身分証明書

私は、この申請書に記載されている情報が真実であり、私の知る限り正確であることを証明します。私は、提供された情報は検証の対象となることを理解しています。上記の情報が虚偽の名目で提供された場合、私は Trinity Health 関連会社で提供されるサービスの返金の責任を負います

患者の署名 _____ 日付: _____

または法定後見人の署名 (該当する場合): _____ 日付: _____

患者との関係: _____ 日付: _____

申請書を上記の住所へ郵送するか、312-871-3350 までファックスで送信するか、あるいは MyChart (患者ポータル) - <https://mychart.trinity-health.org/MyChart> から書類をアップロードしてください。質問がある場合は、カスタマーサービスセンター (800-494-5797 : 月曜日～金曜日の午前 9 時～午後 5 時、米国東部時間) までお問い合わせ