

資金支援スクリーニング申込書



MOUNT CARMEL

患者の氏名 _____ 配偶者の有無 _____

住所 _____ 電話番号 _____

社会保障番号 _____ 口座番号 _____

サービスを受けた日 _____

- サービスを受けた日、あるいは MCH 病院資金支援に対する最初の請求日から 6 カ月以内に申し込む必要があります。

サービスを受けた時点においてオハイオ州に居住していましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	サービスを受けた時点において障害支援を受けていましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
現在オハイオ州に住んでいますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	サービスを受けた時点において Medicaid、Medicaid with a Spend Down、Caresource、または Molina の対象でしたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
医療サービスを受ける目的でのみオハイオ州に居住していますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	サービスを受けた時点において別の保険の補償がありましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
現在または将来において、この負債に対し責任を負う組織、あるいは追跡される組織が別に存在しますか？ はいと答えた場合は名称を教えてください 問い合わせ番号 _____	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	**上記のいずれかの質問に「はい」と応えた場合、弊社がかかる組織に適切に請求できるよう、保険カードのコピーまたは補償に関する別の証拠をお送りください。	

配偶者と、同居あるいは別居している 18 歳未満の実子または養子のみをご記入ください。

名前	年齢	同居	関係
		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	

患者が未成年である場合、患者および配偶者の代わりに父母両方の収入を記入してください。

総所得(課税前)	患者/母親	配偶者/父親
サービスを受けた日までの 3 カ月前間の合計所得	\$	\$
サービスを受けた日までの 12 カ月前間の合計所得	\$	\$
今月末までの推定合計所得はいくらですか？	\$	\$
他の月収とその収入源について記載してください	\$	\$
収入を「\$0」と報告した場合、通常どのように生活費を得ているか簡単に説明してください。		

出費		
家賃/住宅ローン	\$	\$
医療費/処方薬	\$	\$

資産		
主たる住まいまたは他の資産を所有していますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	価値:\$
銀行口座 / 残高？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	価値:\$

私の知り得る限り上記の情報は真実かつ正確で、Diley Ridge による確認の対象となることについて証明します。私は、本申込書に添付する、収入や資産を証明する文書が求められることについて理解します。病院の支援プログラムの目的において、私は Diley Ridge に対し、これら情報について確認するために私の信用情報機関の報告書にアクセスすることを許可します。さらに、情報が正しくないと判断された場合は、サービスに対し支払責任を負うことについて理解します。特殊な状況についてはそれを説明する文書を添付してください。

署名 _____

日付 _____