

経済的支援・医薬品支援に関する患者様向けの申請書

ケタリング・ヘルス・メインキャンパス、ケタリング・ヘルス・ミアミスバーグ、ケタリング・ヘルス・デイトン、ケタリング・ヘルス・ワシントン・タウンシップ、ケタリング・ヘルス・グリーン・メモリアル、ソイン・メディカル・センター、ケタリング・ヘルス・ハミルトン、ケタリング・ヘルス行動医療センター、ケタリング・ヘルス・トロイ

パート1:患者情報(必須)

以下の患者情報を入力してください。

病院サービスを受けた日 _____

患者名 _____ 生年月日 _____

住所 _____

都市 _____ 州 _____ 郵便番号 _____ 電話番号 (_____) _____

過去90日以内にメディケイドの受給を申請しましたか? はい いいえ

医療サービスを受けた時、オハイオ州居住者でしたか? はい いいえ

医療サービスを受けた時、メディケイドの有効な受給者でしたか? はい いいえ

あなたは医療サービスを受けた時、障害者支援の有効な受給者でしたか? はい いいえ

配偶者なし: 既婚 離婚 未亡人(寡夫) 独身 家庭内パートナー

パート2:家族の人数(必須)

家族の人数をリストにして、家族全員の名前、生年月日、年齢、続柄を含めます。

世帯人数 _____ (あなた自身、配偶者/家庭内パートナー、扶養家族全員、その他の世帯員を含む)

配偶者氏名 _____ 生年月日 _____

HCAP とケタリング健康慈善団体は、家族の人数を異なる方法で計算するため、世帯全員とその関係について次の情報を提供してください。(結婚している親族、自然に生まれた親族、または養子縁組した親族のみが HCAP 世帯の資格を得ます。)

名前 _____ 生年月日 _____ 年齢 _____ 続柄 _____

名前 _____ 生年月日 _____ 年齢 _____ 続柄 _____

名前 _____ 生年月日 _____ 年齢 _____ 続柄 _____

名前 _____ 生年月日 _____ 年齢 _____ 続柄 _____

名前 _____ 生年月日 _____ 年齢 _____ 続柄 _____

パート3: 家族の収入 (必須)

入院日の3か月前および/または12か月間の、あなた自身、配偶者/同伴者、その他すべての家族の月次総収入を提示します。受領可能な収入証明書類: 小切手の半券、納税申告書/1099/W2、社会保障/年金/VA明細書、裁判所文書、および以下に報告されているその他の収入証明書類。

世帯収入	患者	配偶者/家庭内パートナー	18~20歳の扶養家族	保護者または介護者
就労収入				
社会保障収入の合計				
年金/退職金				
退役軍人手当				
一時的障害保険 (TDI)				
失業給付				
扶養手当				
子供からの支援				
その他 (記入)				
月収の合計	\$	\$	\$	\$

- 過去12か月以内に月収に変化はありましたか? はい いいえ
- 過去3か月間の世帯総収入 \$ _____
- 過去12か月間の世帯総収入 \$ _____
- 収入が0\$の場合は、毎月の支出をどのように賄っているかを簡単に説明してください。

私は、ケタリング・ヘルスが、私の医薬品代に対する経済的支援を得ることを目的として、製薬会社に個人情報書類を提出および/または交換することを承認し、本申請書に記載した事項が、私の知る限り全て真実かつ正確であることを、以下の署名により証明します。

私が送信した情報はケタリング・ヘルスによる検証の対象となることを理解しています。私は、私が提供した情報が真実でないことが判明した場合、ケタリング・ヘルスが私の財政援助資格状況を再検討し、適切な措置を講じることを理解します。私は、ケタリング・ヘルスが追加的な収入証明を要求する可能性があることを理解し、要求された書類を提出しない場合、申請が却下されることを理解します。

申請者/法定後見人の署名 _____ 日付 _____

患者以外の者が署名した場合は、フルネームと患者が署名できない理由を記載します。

申請書と該当するすべての書類を次の宛先に転送してください: **Kettering Health Financial Assistance P.O. Box 933310 Cleveland, OH 44193**、電子メール: FinancialCounselors@ketteringhealth.org、またはファックス (937) 522-9944。さらなる質問の問い合わせ電話: (937) 914-7680