

経済援助申込書 (Financial Assistance Application)

記入方法: 下の空白欄に記入してください。該当しない項目については「N/A」と記入してください。あなたの現況に該当する次の書類のコピーを添付してください。1. 年初から現在までの所得情報が記載された最新の給与支払小切手の控え、2. 最新の所得税申告書と全ての添付書類、3. 社会保障給付金 (Social Security) 小切手あるいは受給資格証明書 (entitlement letter)、または自動振り込みの場合は銀行の口座取引明細書、4. 失業補償証明書 (unemployment award letter)、5. ハリス ヘルスシステム ゴールドカード。失業中または収入や生活費を他人に頼っている場合は、支援状 (letter of support) と、納税申告書で扶養家族となっている場合は、そのコピーを添付してください。不明な点や記入のお手伝いが必要な場合は、Centralized Business Office (執務時間: 月曜日～金曜日は午前 7 時～午後 7 時、土曜日は午前 8 時～正午) まで、お電話 (877-493-3228) でお問い合わせください。

完成した申込書と添付書類は患者アクセス (Patient Access) チームメンバーに直接提出の他に、ファックスは (832) 667-5995 で、郵送は Houston Methodist, Centralized Business Office; Attn: Financial Assistance Unit; 701 S. Fry Road; Katy, TX 77450 宛でも受け付けています。

患者名 (活字体で記入) _____ 社会保障番号の下 4 桁 _____

配偶者/親/後見人名 (活字体で記入) _____ 社会保障番号 _____

自宅住所 _____

電話番号 _____ 生年月日 _____ 結婚歴 _____

申請するサービス: _____

アカウント番号: _____ サービス提供日: _____

同居する 19 歳未満の子供の人数: _____ 扶養家族氏名

直系親族 _____

継子 _____

非親族 _____

被後見人 _____

患者

雇用主 _____

- ☐ フルタイム雇用
☐ パートタイム雇用
☐ 失業/退職/障害者
☐ 復職不能
☐ 主婦

配偶者/その他

雇用主 _____

- ☐ フルタイム雇用
☐ パートタイム雇用
☐ 失業/退職/障害者
☐ 復職不能
☐ 主婦

家族の総所得* \$ _____ /月 (申込書に所得証明を同封すること)

*賃金、農業または自営業、公的扶助、社会保障給付金、失業/労災補償、退職、ストライキ手当、扶助料 (alimony)、養育費、軍の特別手当 (military allotments)、年金、配当金、利息、賃貸不動産その他雑収入源のすべてを含みます。

私の知る限りにおいて、上記の情報が真実かつ正確であることを証明します。上記に求められた情報を提供しない場合は、プログラムの財政救済を受ける資格を失うと見なされることを理解します。さらに私は、該当する場合、政府の援助申請を行い、かかる援助を受けるために適切な行動を取り、申請の結果を HM に通知します。私(私たち)は、HM が私(私たち)の陳述を確認するためにあらゆる情報源より情報を取得することを承諾します。

(患者/申込者署名)

(日付)