

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 _____

1か月の住居費:	光熱費:	自動車費:	
出費	賃貸	電気	\$ _____ 所有/# _____
	持ち家	水道	\$ _____ リース/# _____
	他者負担	ガス	\$ _____ 1か月の支払額\$ _____
	1か月の支払額 \$ _____		

患者

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

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。

銀行口座/その他の資産:

当座預金口座	あり	なし	残高	\$ _____
普通預金口座	あり	なし	残高	\$ _____
株/債券など	あり	なし	残高	\$ _____
その他の財産	あり	なし	説明してください	_____

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)