



患者氏名：
アカウント番号：

Community Medical Centers があなたの健康管理のニーズに応えることを許可していただき、ありがとうございます。

経済的困難の可能性を判断するための「資金援助申請書」を同封します。申請を希望される方は、必要事項をご記入の上、15 営業日以内に弊社までご返送ください。申請書に以下の書類を添付してください。

世帯全員の収入証明：

1. 最近の給与明細書 3 通、W-2、または最近提出した納税申告書を提出。または、
2. 自営業の場合、直近に提出した納税申告書(スケジュール C を含む)。または、
3. 失業中の場合は、失業補償給付明細書を添付。または、
4. 退職金／年金明細書(該当する場合)。または、
5. 生活保護を受給している場合は、以下のいずれかの政府プログラムの資格／現在の登録状況を証明する書類を提出してください。Medicare Savings Program、Cal WORKS、Cal Fresh (Food Stamps)、SSI/SSP (Supplemental Security Income/State Supplementary Payment)、または WIC (Women, Infants and Children)

また、医療保険に加入している患者は、過去 12 ヶ月間に世帯収入の 10%を医療費として支払った、または支払う義務があることを証明する書類を提出する**必要があります**。現在の残高、医療費請求書/領収書、薬局、医療保険料はすべて 10%に充当することができます。

Community Medical Centers は、地域社会に貢献することを使命としています。あなたがお困りの時にお手伝いできて、嬉しく思います。

このアカウントに関するご質問、または必要書類に関するご質問は、(559) 459-3939 または (800) 773-2223 オプション #3 までお電話でお問い合わせください。申請書類に不備がある場合は、処理することができません。

必要事項を記入し、署名した申請書と書類を下記アドレスまで郵送するか、ファックスで (559) 230- 8505 まで送ってください。

Patient Financial Services
Community Medical Centers
PO Box 1232
Fresno, CA 93715-9889

提出・郵送日 _____ 返送期限 _____

CMC 資金援助の申請

| | |
|------|-----------|
| 患者氏名 | 患者アカウント番号 |
| | カルテ番号 |

I. 患者・責任当事者

| | |
|------|-------------------|
| 姓 | 名 ミドルネームのイニシャル |
| 住所 | 社会保障番号 |
| | 自宅電話番号 |
| | 携帯電話番号 |
| 雇用主名 | 勤務先電話番号 |
| | 月間総収入額 \$ |

II. 配偶者・家庭内パートナー

| | |
|------|-------------------|
| 姓 | 名 ミドルネームのイニシャル |
| 住所 | 社会保障番号 |
| | 自宅電話番号 |
| | 携帯電話番号 |
| 雇用主名 | 勤務先電話番号 |
| | 月間総収入額 \$ |

III. 世帯情報

配偶者、パートナー、21歳未満の扶養家族をリストアップしてください。患者が未成年の場合、両親、世話をしている親類、(21歳未満の兄弟姉妹)全員をリストアップしてください。

| 氏名 | 生年月日 | 関係 |
|---------|------|----|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| 世帯の総人数: | | |

| IV. 月総所得 | |
|-----------------------|-------------|
| 患者／責任当事者の月収 | \$ |
| 配偶者／パートナーの月収(該当する場合) | \$ |
| 退職金収入 | \$ |
| 扶養手当／支援金の受領 | \$ |
| 失業手当または労災保険 | \$ |
| 社会保障給付金／社会保障身体障害保険 | \$ |
| 雑収入 | \$ |
| 扶養手当を支払った場合、ここで控除します。 | -\$ |
| 月間総収入 | = \$ |

| V. その他の情報 | | |
|--|----|-----|
| | はい | いいえ |
| あなたは 18 歳以上で、両親の所得税申告書に扶養家族として申告されていますか？ | | |
| 以下に登録していますか？Medicare Savings Program、Cal WORKS、Cal Fresh (Food Stamps)、SSI/SSP (Supplemental Security Income/State Supplementary Payment)、または WIC (Women, Infants and Children)？ | | |
| 健康保険に加入していますか？ | | |
| 今回の来院は、自動車事故やスリップ、転倒など第三者に起因するものですか？ | | |
| Medi-Cal または Medicare を申請しましたか？ | | |
| Covered California に申し込みましたか？ | | |

この財務報告書に不備がある場合、または不正な申請は却下されます。

私はここに、上記の記述が正確かつ完全であることを確認し、Community Medical Centers による更なる検証に同意します。

署名: _____

氏名(活字体): _____

日付: _____

患者以外の場合は、患者さんとの関係: _____

必要事項を記入した申請書と書類を下記住所まで郵送、またはファックスで(559) 230-8505 までお送りください。

Patient Financial Services
Community Medical Centers
PO Box 1232
Fresno, CA 93715-9889