

患者様へ

このたびは、医療機関として Hawai'i Pacific Health を選んでいただき、ありがとうございます。当院の財政支援プログラムは、患者様とご家族に、Hawai'i Pacific Health の施設あるいは勤務医が提供したサービスの医療費を支援します。

医学上必要なサービスを受けたハワイ州の居住者または救急医療を受けた非居住者には、以下の条件を満たせば財政支援を受ける資格があります。

- 世帯収入が現行のハワイ州連邦貧困ガイドライン(FPG)の400%以下の場合。
- 家族の所得が FPG の400%を超える場合、医学的に貧しいとみなされ、医療費が世帯収入と流動資産の合計の15%を超える場合、財政支援の受給資格が与えられます。所得と資産に関するあらゆる文書を開示すること。
- 記入済みの財政支援申請書を Hawai'i Pacific Health に提出し、Hawai'i Pacific Health と協力して第三者の財政支援を申請すること。

財政支援を申請するには、付属の財政支援申請書に記入して、添付のチェックリストに掲載されている必要な関係書類の複製を添付して提出してください。

記入済みの財政支援申請書と必要な関係書類を以下の宛先に郵送してください。

Hawai'i Pacific Health
Attn: Financial Assistance Team
888 S. King Street, Tube 31
Honolulu, HI 96813

質問があらひの場合は、当院のカスタマーサービスオフィスまでお問い合わせください。電話番号: 522-4013(オアフ島)、245-1119(クワイ島)、無料電話: 1-866-266-3935。

敬具

名前
部門

同封物

財政支援 - 申請書チェックリスト

申請書には以下の書類の複製を添付してください。書類は複製または返却されませんので、必ず、原本ではなく複製を添付してください。添付されていない書類があれば、申請手続きが遅延してしまいます。

財政支援申請書には家族全員の情報を記載してください。家族とは、出生、婚姻、養子縁組、同居などの関係にある人物のことです。

- 所得証明
 - 賃金(給与)
 - 過去3ヵ月分の給与明細
 - 最新のW2
 - 自営業
 - GE Tax(ハワイ一般消費税)納税申告書
 - スケジュールCおよび/または損益計算書
 - 社会保障
 - 1099フォーム
 - 社会保障給付決定通知書または米国財務省からの入金を確認できる銀行取引明細書
 - 失業手当
 - 「Determination of Insured Status(保険適用決定)」通知書
 - 通知書が手に入らない場合、本人および職業安定所の「両者」が記入した、当院の「失業所得証明フォーム(F3)」を添付してください
 - 労働者災害補償
 - 過去3ヵ月分の給与明細
 - 社会保障給付決定通知書
 - 年金/退職金
 - 給付明細書または月額給付金を示す明細書
 - 退役軍人給付金
 - 給付明細書または月額給付金を示す明細書
 - 賃貸/不動産
 - スケジュールE
 - 育児給付金
 - 社会保障給付決定通知書または所得額を示す裁判所文書
 - 財政支援(福祉)
 - 社会保障給付決定通知書または所得額を示す文書
- 最新の記入済み納税申告書の複製
 - 勤労所得および不労所得の1099フォーム「両方」の関係書類
- 記入済み4506-Tフォーム(Request for Transcript of Tax Return) <https://www.irs.gov/pub/irs-pdf/f4506t.pdf>
- 家族または友人から財政支援を受けている場合は、本人および支援者の「両者」が記入した「支援および/または住居提供ステートメントフォーム(F2)」を添付してください。
- メディケイドおよび/またはクエストの受給資格承認/拒否を証明する書類。
- 上記書類のいずれも存在しない場合は、その理由を説明した署名入り陳述書を提出してください。
- 記入済みの署名入りHawaii Pacific Health 財政支援申請書

財政支援申請書(F1)

セクション 1: 患者情報(活字で記入)			
氏名(姓、名前のイニシャル)	生年月日	患者番号	受診日:

セクション 2: 支払責任者/保証人の情報(活字で記入)				
氏名(姓、名前のイニシャル)		生年月日	社会保障番号	
住所	都市	州	郵便番号	主な電話番号
配偶者の有無 □ 独身 □ 既婚 □ 離婚歴あり □ その他: _____		Federal Tax Return(連邦税確定申告)をしていますか? □ はい □ いいえ 申告していない場合、その理由を教えてください。		予備の電話番号:

セクション 3: 家族の情報(同居している家族全員を記入してください) 記入欄が足りない場合は裏面に記入してください				
家族の氏名	生年月日	社会保障番号	患者との関係	この人物は Federal Tax Return(連邦税確定申告)に記載されていますか?
1				□ はい □ いいえ
2				□ はい □ いいえ
3				□ はい □ いいえ
4				□ はい □ いいえ
5				□ はい □ いいえ
6				□ はい □ いいえ

セクション 4: 支出(家族全員の毎月の必要経費)		
家賃:\$	住宅ローン:\$	その他の支出合計:\$

セクション 5: 毎月の総所得(家族全員の課税前所得)			
賃金(給与)	労働者災害補償	賃貸/不動産	その他の収入
社会保障	年金/退職金	育児給付金	ソース:
失業手当	退役軍人給付金	財政支援(福祉)	金額:

私は、Hawaii Pacific Health が財政支援申請の審査の過程で本申請書に記載した私の財政情報を調査する可能性があることを理解しています。また、本文書の私の署名を以て、私の雇用主または本申請書に記載した個人が本申請書に記載した情報について証言し、追加の詳細情報を提供することを承諾します。私は、本申請書に記載した内容が、私が知る限りにおいて、真実かつ正確であること、および誠実に記載したことを保証します。私は、本申請書に記載した情報が偽造または虚偽である場合は、財政支援が拒否される可能性があることを認識しています。

さらに、私は一部の医師および医療提供者が Hawaii Pacific Health の従業員ではないことを理解しています。私は、上記医療提供者から別途請求書を受け取る可能性があること、またその医療費には財政支援申請書が適用されないことを理解しています。

患者/保証人の署名

日付

氏名(活字)

患者との関係

患者の財政支援申請用 支援および/または住居提供ステートメントフォーム(F2)

患者が何からの形で支援を受けている場合、患者本人とその支援者が本フォームに記入する必要があります。複数の支援者から支援を受けている場合、各支援者に本フォームの「パートB」に記入してもらう必要があります。

パートA: 患者/保証人が記入:

私、_____ は、現在下記の住所に住居しています。
(患者/保証人の氏名)

(住所)

私は下記の人物から支援を受けています。 _____ (支援者の氏名) _____ (患者との関係)

支援者から受けている支援の内容:(当てはまるものすべてをチェックしてください)

住居 食料 金銭 その他当座の金銭

患者/保証人の署名

日付

パートB I: 支援者が記入:

私、_____ は、現在
(支援者の氏名)

_____ に対し、下記の支援を行っています。
(患者/保証人の氏名)

(当てはまるものすべてをチェックしてください)

住居 食料 金銭 その他当座の金銭

金銭を支援している場合は、支援した金額合計:

_____ (今月) _____ (金額)

_____ (先月) _____ (金額)

_____ (先々月) _____ (金額)

支援者の署名

日付

パートB II: 支援者が記入:

私、_____ は、現在
(支援者の氏名)

_____ に対し、下記の支援を行っています。
(患者/保証人の氏名)

(当てはまるものすべてをチェックしてください)

住居 食料 金銭 その他当座の金銭

金銭を支援している場合は、支援した金額合計:

_____ (今月) _____ (金額)

_____ (先月) _____ (金額)

_____ (先々月) _____ (金額)

_____ 支援者の署名

_____ 日付

パートB III: 支援者が記入:

私、_____ は、現在
(支援者の氏名)

_____ に対し、下記の支援を行っています。
(患者/保証人の氏名)

(当てはまるものすべてをチェックしてください)

住居 食料 金銭 その他当座の金銭

金銭を支援している場合は、支援した金額合計:

_____ (今月) _____ (金額)

_____ (先月) _____ (金額)

_____ (先々月) _____ (金額)

_____ 支援者の署名

_____ 日付

患者の財政支援申請用 失業所得証明フォーム(F3)

失業保険を受けている場合、財政支援プログラムの受給資格を判定するため、本フォームに記入してください。本フォームのパートAに記入し、権限のある職業安定所の担当者にパートBに記入してもらってください。

パートA: 失業保険を受けている本人が記入

氏名: _____

社会保障番号: _____

住所: _____

電話番号: _____

私は、Department of Labor & Industrial Relations (労働労使関係局)、Unemployment Insurance Division (失業保険局)が私の失業保険に関する情報を開示することを承諾します。当該情報はHawaii Pacific Healthの財政支援プログラム受給資格の決定のみに使用されます。

失業保険受給者の署名

日付

パートB: _____ 州

Department of Labor & Industrial Relations (労働労使関係局)、Unemployment Insurance Division (失業保険局)の担当者が記入。

失業保険情報

週間給付額: _____

最高給付額: _____

給付開始年: _____

給付終了年: _____

氏名(活字体): _____

役職: _____

連絡先電話番号: _____

担当者の署名

日付