



# Dignity Health®

## Rehabilitation Hospital

In partnership with Select Medical

### 経済支援申請書

患者様アカウント番号

治療を受けた病院（複数可）

患者様の姓

患者様の名

患者様の社会保障番号 患者様の生年月日

保証人の姓（患者様と異なる場合）

名

保証人の社会保障番号 生年月日

保証人自宅住所

自宅電話番号

市

州

郵便番号

保証人の雇用者名

保証人の職種/部署

保証人雇用者の住所

保証人雇用者の電話番号

市

州

郵便番号

配偶者の雇用者名

配偶者の職種/部署

配偶者雇用者の住所

配偶者雇用者の電話番号

市

州

郵便番号

#### 世帯員（申請者を含む）

氏名	患者様との関係	生年月日	雇用者	年収
1)				
2)				
3)				
4)				
5)				
6)				
7)				
8)				
9)				
10)				

## Dignity Healthリハビリテーション病院経済支援申請書（続き）

経済支援の有資格者を決定するために、下記の情報を提出して、経済的困窮を証明する必要があります。申請書に記入し、以下に記載されたすべての書類等と共に返送してください。書類のいずれかを提供できない場合、あるいは評価に影響を与える可能性があるその他の要素がある場合、状況を説明する書面の声明書を提出してください。

必要書類：

1. 居住州からのメディケイドプログラム資格の拒否。
2. Dignity Healthリハビリテーションサービスの提供日より前の、12ヶ月間の家族全員の収入証明\*。これには、最新の所得税申告書、または同時期の給与明細書が含まれます。自営業の場合、所得税申告書と共にSchedule Cを含めてください。これらが入手できない場合、別の紙に過去3ヶ月間の経済的状況を説明し、本申請書と共に提出してください。

\*患者様の家族には以下が含まれます：

- a) 18歳以上である場合、配偶者、家庭内パートナー（家族法規第297項に定義される）、および扶養する21歳未満の子供（同居かどうかを問わず）。
- b) 18歳未満である場合、親、保護者である親類、および当該の親、保護者である親類の21歳未満のその他の子供。

提供された書類の初回審査が完了した後、資格を決定するために以下が必要になる場合があります。

金融資産の証明 - 以下のすべて：

- 当座預金口座明細書-過去3ヶ月
- 普通預金口座明細書-過去3ヶ月
- 株、担保、CD（定期預金証書）

以下に署名することで、貴方は支払い支援を検討されることに同意したことになります。また貴方は、本申請書上のすべての記述が、貴方が知る限り真実かつ完全であることを認めます。提供された情報が不完全または虚偽であることが判明した場合、請求書の割引が無効になり、貴方が全額を支払うことになる場合があります。以下に署名することで、貴方はDignity Healthリハビリテーション病院が、経済支援の検討を目的として本申請書を審査するために、参考書類と信用履歴を確認することを許可します。

保険会社、労働者報酬制度、またはその他の第三者から支払いを受けた場合、貴方は当該の支払いを病院に知らせることに同意します。第三者が病院のサービスに対して貴方に支払った場合、病院は、元の請求された料金全額を徴収する権利を保持します。

請求書の支払い義務を負う人の署名（保証人）

日付

承認者／肩書き

承認された割合

日付

記入済み申請書の郵送先：

**Dignity Health Rehab Hospital**

**Attn: Admissions Department**

**2930 Siena Heights Dr.**

**Henderson, NV 89052**