



バプテイストヘルス 支払い援助申込書

バプテイストヘルスを医療機関として選択いただきありがとうございます。

バプテイストヘルスからの病院請求額に対して支払い援助を受けられる資格があるかどうかを決定する

支払い援助申込書をお渡しします。支払い援助申込の手続きを始めるにあたって、同封された全ての個人資産／所得の開示を了承し、証明書類に必要とされるすべての情報のご記入をお願いします。すべて提供頂いた情報は個人秘密情報として扱い、支払い援助が受けられるかの決定のみに使われます。支払い援助を検討するにあたって、以下必要とされるすべての書類を提出下さい。それぞれの書類の全てページを提出頂きますが、変更された書類は受け取ることができません。政府の所得税規約で納税申告書を必要とされる場合は支払い援助のプロセスを始める前に

納税申告書が完全にご記入又は作成されていなければなりません。必要とされる情報に不足がある場合は、

支払い援助の申し込みが拒否されることがあります。情報に偽りがあった場合、永久的に病院からの支払い援助を受けることはできなくなります。全ての州政府からの補助を利用した後に病院からの支払い援助を受ける資格が与えられます。申し込みに必要な書類は以下：

- 全ての項目を記入し、サインをした個人資産／所得の開示を了承し証明する書類
- 全ての項目を記入し、サインをした米国国税庁のフォーム 4 5 0 6 -T
- 最新の州と国税納税申告書、源泉徴収票（W2）、とすべて付属表（スケジュール）もし自営業者の場合は過去2年の納税情報が必要
- 同じ世帯に住む家族で収入がある人の最新2通の給与明細(最新のものとその次に新しいもの)
- その他の収入証明、国民年金、障害者年金、厚生年金などその他すべての家族が受け取っている収入
- 全ての口座の銀行明細の最新のもの2通（最新のものとその次に新しいもの）上記以外の収入で振り込みのあった金額を説明する書類
- 上記以外の投資口座の明細の最新のもの2通(最新のものとその次に新しいもの) HSAやFSAなどの医療積立金口座や株、国債、定期預金、個人退職年金口座は含まない。
- メディケイド（州の低所得者などを対象とした健康保険）に申請したまたは受領資格がないことの証拠となるもの（手紙など）。病院側のスタッフやコントラクターにすべてを協力することも証拠としてみなします。
- 銀行口座の明細がない場合は、チェックを換金した際のレシートや現金で光熱費を支払った際の1か月分のレシート。
- 納税申告書に記載がない場合は世帯家族の人数を記載すること。

もし質問や助けが必要な場合は、バプテイストヘルスの財務カウンセリングオフィスに月から金曜日の午前8：30から午後4：30までにご連絡ください。週末は開いておりません。

- コーピン: 606.523.8736, 住所：1 Trillium Way 正面入り口とギフトショップのそば
- フロイド: 812.981.7289 又は812.949.5726, 住所：1850 State Street メインロビーの婦人イメージングセンター向い
- ハーデイン: 270.979.1629, 住所：913 N Dixie Ave メイン廊下の支払い受け取り窓口
- ラグランジ: 502.222.3342, 住所：1025 New Moody Lane 1階正面入り口広場、支払い系のオフィスでお尋ねください。
- レキシントン: 859.260.6600, 住所：1740 Nicholasville Road, ビル Dの正面入り口そば
- ルイビル: 502.897.8157, 住所：4000 Kresge Way, 正面入り口 ロビーの乳がん検診センターそば

- パデウカ: 270.575.2873 or 270.575.2246, 住所: 2501 Kentucky Ave., (正面入り口、支払い係のオフィスの横)
- リッチモンド: 859.625.3659 or 859.625.3120, 住所: 801 Eastern Bypass, ground floor, メイン病棟、患者レジストレーション (登録) でお尋ねください。

財政情報の開示ーバプティストヘルス

一般情報

患者の情報:

患者アカウント番号: _____ 登録日: _____

名前: _____ ソーシャルセキュリティ番号: _____

住所: _____ 郡: _____

電話番号: _____ 生年月日: _____

勤務先: _____ 勤務先電話番号: _____

職業: _____

保証人 (又は 配偶者):

名前: _____ ソーシャルセキュリティ番号: _____

住所: _____

勤務先: _____ 勤務先電話番号: _____

職業: _____

患者との関係: _____

家族情報:

家族の名前	ソーシャルセキュリティ番号	年齢	患者との関係
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			

完成申請書と添付書類を治療を受ける病院に送付して下さい。
バプティストヘルス 財務カウンセラー
 (下記に正しい住所を記載)
 コービン: 1 Trillium Way, Corbin, KY 40701
 フロイド: 1850 State St., New Albany, IN 47150
 ハーデイン: 913 N Dixie Ave., Elizabethtown, KY 42701
 ラグランジ: 1025 New Moody Lane, La Grange, KY 40031
 レキシントン: 1740 Nicholasville Road, Lexington, KY 40503
 ルイビル: 4000 Kresge Way, Louisville, KY 40207
 マディソンビル: 900 Hospital Drive, Madisonville, KY 42431
 パデウカ: 2501 Kentucky Ave., Paducah, KY 42003
 リッチモンド: 801 Eastern Bypass, Richmond, KY 40476

家族の資産の詳細 - 収入

家族の月収:

患者の給与 \$ _____

配偶者、保証人の給与 \$ _____

個人年金、厚生年金 \$ _____

国民年金 \$ _____

借家物件などの現金収入 \$ _____

利息 \$ _____

配当金 \$ _____

AFDCやTANFなどの生活保護 \$ _____

離婚などで生じる扶養手当 \$ _____

養育費の受け取り額 \$ _____

失業保険からの収入 \$ _____

州、予備軍など軍からの収入 \$ _____

労災保険の受給額 \$ _____

その他の収入/援助(リスト):

_____ \$ _____

_____ \$ _____

月収の合計 \$ _____ **A**

年収 = (A x 12) \$ _____ **B**

年収の調整(説明): _____

_____ \$ _____

調整金額の合計 \$ _____ **C**

調整された年収の合計 = (B+C) _____ [A]

2. 現金と投資財産:

a. 銀行口座

銀行名	口座番号 #	普通口座/預金口座	現在の残高
_____	_____	_____	\$ _____ [A]
_____	_____	_____	\$ _____ [A]
_____	_____	_____	\$ _____ [A]

b. 株、投資信託、定期預金、その他の退職金積立以外の投資:

名称/詳細	口座番号#	投資の種類	現在の残高
_____	_____	_____	\$ _____ [A]
_____	_____	_____	\$ _____ [A]
_____	_____	_____	\$ _____ [A]

援助決定を判断するための家族の総資産

合計 [A] \$ _____

申請者のサイン: _____ 日付: _____

情報提供者 (もし申請者と違う場合): _____ 申請者との関係: _____