

FINANCE



JOHNS HOPKINS
M E D I C I N E

**Johns Hopkins Medicine
財政援助申請**

添付のフォームに記入し、以下に示す書類とともに返送してください。

含まれるフォーム：

財政援助申請書（添付）

含まれる書類：

1. 昨年の確定申告書のコピー（結婚していて別々に申告した場合、両方の申告書の写しを提出してください）
2. 過去3か月の給与明細のコピー、雇用主からの手紙、または失業状態の証明
 1. 社会保障受給証明書のコピー（該当する場合）
 2. 医療援助または社会保障からの決定書のコピー。
3. 電話料金、BG&E料金、家賃/住宅ローンなどの申請書に記載されている月々の生活費の証明
4. 未払いの医療費のコピー
5. すべての医療保険証のコピー
6. 身分証明書、運転免許証、出生証明書、または合法的な永住者ステータス（グリーンカード）などの居住証明。

**情報を郵送してください：ATTN: 治療費や医療サービスの返金処理
5901-A HOLABIRD AVENUE
BALTIMORE, MD 21224**



財政援助申請

あなたの情報 名前:

名前: _____
ファーストネーム ミドルネーム ラストネーム

社会保障番号 _____ - _____ - _____ 婚姻状態: 独身 既婚別居

米国市民 はい いいえ 永住者: はい いいえ

自宅住所: _____ 電話 _____
都市 州 郵便番号 国

雇用主名: _____ 電話番号 _____

勤務先住所: _____
都市 州 郵便番号

世帯員:

Table with 3 columns: Name, Age, Relationship. Includes a header '本人' (Self) and 8 rows for other household members.

医療援助を申請しましたか? はい いいえ
はいの場合、申請日はいつですか? _____
はいの場合、決定は何でしたか? _____

州または郡からの援助を受けていますか? はい いいえ

I. 家族収入

すべての収入源からの月間収入額をリストしてください。収入、資産、および費用の証明書の提出が必要になる場合があります。収入がない場合は、住居と食事を提供する人からの手紙を提出してください。

	月額
雇用	_____
退職/年金給付	_____
社会保障給付	_____
公的扶助給付	_____
障害者給付	_____
失業給付	_____
退役軍人給付	_____
扶養手当	_____
賃貸収入	_____
ストライキ手当	_____
軍人恩給	_____
農業または自営業	_____
その他の収入源	_____
	合計 _____

II. 流動資産

	現在の残高
普通預金口座	_____
貯蓄口座	_____
株式、債券、CD、またはマネーマーケット	_____
その他の口座	_____
	合計 _____

III. その他の資産

以下のアイテムのいずれかをお持ちの場合は、タイプと概算価値をリストしてください。

住宅	ローン残高 _____	概算価値 _____
自動車	メーカー _____ 年式追 _____	概算価値 _____
加車両	メーカー _____ 年式追 _____	概算価値 _____
加車両	メーカー _____ 年式追 _____	概算価値 _____
その他の不動産		概算価値 _____
		合計 _____

IV. 月間経費

	金額
家賃または住宅ローン	_____
公共料金	_____
車の支払い	_____
クレジットカード	_____
自動車保険	_____
医療保険	_____
その他の医療費	_____
その他の費用	_____
その他の未払いの医療費はありますか？	はい いいえ
どのようなサービスですか？	_____
支払い計画を立てましたか？ 毎月の支払いはいくらですか？	_____

医療経済的困難援助の資格：

この申請日の前の12暦月間の家族収入： _____

この申請日の前の12暦月間にJohns Hopkinsで発生した医療債務（共済保険、共済支払額、控除額を除く）：

サービス日 未払い金額

_____	_____
_____	_____
_____	_____

推定財政援助資格について：

1. 患者の年齢は何歳ですか？ _____
2. 患者は妊娠していますか？ はい いいえ
3. 患者には21歳未満の子供が自宅に住んでいますか？ はい いいえ
4. 患者は盲目ですか、または12か月以上生計を立てることができない障害者ですか？ はい いいえ
5. 患者は現在SSIまたはSSDI給付を受けていますか？ はい いいえ
6. 患者（および結婚している場合は配偶者）は、次の金額を超えない現金に変換可能な総銀行口座または資産を持っていますか？ はい いいえ

家族人数：

個人： \$2,500.00

2人： \$3,000.00

家族一人追加ごとに\$100.00追加

（例：4人家族の場合、総流動資産が\$3,200.00未満の場合、はいと回答します。）

7. 患者はMaryland州の居住者ですか？ はい い
いえ Maryland州の居住者でない場合、患者はどの州に住んでいますか？ _____
8. 患者はホームレスですか？ _____
はい いいえ
9. 患者はWICに参加していますか？ はい いいえ
10. 世帯には無料または低価格の昼食プログラムの子供たちがいますか？ はい いいえ
11. 世帯は低所得エネルギー援助プログラムに参加していますか？ はい いいえ
12. 患者はSNAP/フードスタンプを受け取っていますか？ はい いいえ
13. 患者はHealthy Howard、Chase Brextonに登録していますか？ はい いいえ
14. 患者はカトリック慈善団体、モバイルメッド、モントゴメリー郡がんクルセード、プライマリケア連合、モンゴメリーケアーズ、プロジェクトアクセス、またはプロジェクトサルーンによって紹介されましたか？ はい いいえ
15. 患者は現在持っていますか：
医療援助薬局のみ はい いいえ
QMB/SMLB はい いいえ
16. 患者は雇用されていますか？ はい いいえ
いいえの場合、失業日はいつですか。 _____
COBRA健康保険の資格がありますか？ はい いいえ

提出されたすべての書類はこの申請書の一部になります。

追加の財政援助を延長することを要求した場合、JHMは補足的な決定を行うために追加情報を要求する場合があります。このフォームに署名することにより、提供された情報が真実であり、変更が発生した場合は10日以内にJHMに通知することに同意します。申請書に提出されたすべての情報は、私の知る限り真実かつ正確です。

申請者署名

日付

患者との関係