

FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION INSTRUCTIONS

Torrance Memorial Medical Center (“TMMC”) は、医療費を支払う余裕のない患者様に財政支援プログラムを提供しています。TMMCには、資金援助のための2つの経路があります。1つは、当社の財政、支援ポリシー(以下「ポリシー」)に基づいて資格がある可能性のある最大の財政支援(「包括的財政支援」)を申請する通常の経路です。本ポリシーは、TMMCが提供するサービス、およびTMMCとの契約関係の条件として本ポリシーへの参加が義務付けられている医師に適用されます(本ポリシーに参加する医師の完全なリストについては、本ポリシーの添付資料Dを参照してください)。選択的/コスメティックサービス、および上記の分野以外のその他のサービスプロバイダは、このプログラムの対象とならない場合があります。2番目の経路では、限定的な財政援助を求める患者様の申請要件を短縮しています。(「限定的財政支援」)。

これらの財政支援プログラムの対象となるためには、この申請書に記入して、TMMCが割引を受ける資格があるかどうかを判断するための手助けをしてください。お申込みいただいても、資格の保証はいたしかねます。承認/拒否を支持するすべての患者様への書面による回答は、記入済みの申請書と文書を受け取った後に提供されます。

記入済みの申請書は、郵送または以下の住所に直接提出できます。以下で要求されるすべての書類を提出してください。書類の紛失や添付がない場合、財政援助の遅延や拒否につながる可能性があります。具体的な書類を提出できない場合は、説明書を提出してください。

必要な情報をすべて提供しない場合、拒否される場合があります。

注意:保険に加入しておらず、特定のMEDI-CAL推定資格基準を満たしている場合は、この申請書に記入する必要はありません。

申請のための収入証明書類 提出する書類:	包括的な財政支援	限定的 財政支援
給与明細(過去2か月)	必須	必須
Federal tax return 連邦税申告書(前年)。以下の脚注 1 と 2 を参照してください	必須	必須
失業、社会保障、または障害の確認書(過去2か月)	必須	随意
すべての当座預金口座、普通預金口座、信用組入口座の銀行取引明細書(過去2か月間、すべてのページを含む)。	必須	随意
家賃または住宅ローンの確認。	必須	随意
該当する場合、Medi-Calアプリケーション応答書(承認または拒否)。	必須	随意

1 連邦税申告書が提出されていない場合は、最新の W2 または 1099 フォームを提出してください。

2 一時的な障害や失業のために連邦税申告書の提出が遅れた場合は、非申告納税申告書を提出してください。1-800-908-9946に電話するか、www.irs.gov/individuals/get-transcript(フォーム4506-Tまたは4506T-EZを使用)にアクセスして、コピーを入手してください。

配偶者/パートナーの書類:

- 既婚者、シビルユニオン、またはドメスティックパートナーシップの場合は、配偶者/パートナーに関する該当する「収入証明」書類を提出してください。給与小切手、確認書、連邦税申告書、W2または1099フォーム、提出遅延フォーム、銀行取引明細書、慰謝料/養育費など、上記の書類のリストを参照してください。

完成したアプリケーション:

- 記入済みの申請書には、申請者の日付と署名、および配偶者/同棲パートナー/保証人(該当する場合)を含める必要があります。

記入済みの申請書と補足書類を次の宛先に返送してください。

Torrance Memorial Medical Center
Attn: Business Office
3330 Lomita Boulevard
Torrance, CA 90505

その他のヘルプ

翻訳された、またはアクセス可能な財政支援関連文書の入手など、財政支援プログラムに関する支援または追加情報については、月曜日から金曜日の午前 8:00 から午後 4:00 の間にビジネスオフィスにお問い合わせください。

- 対面 – 上記の住所
- 電話で - 310-517-1010 まで

TMMC のウェブサイトでは、<https://www.torrancememorial.org/patients-visitors/billing-insurance/help-paying-your-bill> で財政支援プログラムに関する情報も提供しています。

財政支援申請書

申請したい財政援助の種類を確認してください。

- 限定的な財政支援(上限、0%から50%の範囲)
- 完全な財政支援(上限なし、0%から100%の範囲)

患者情報

患者名	ソーシャルセキュリティ 番号	生年月日	
自宅住所	市	州	郵便番号
自宅電話番号	携帯電話番号	Email アドレス	
ご希望の連絡方法 <input type="checkbox"/> US 郵便 <input type="checkbox"/> 自宅の電話番号 <input type="checkbox"/> 携帯電話		世帯年収: \$	
婚姻状況: <input type="checkbox"/> 既婚 <input type="checkbox"/> 単身 <input type="checkbox"/> 別居中 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 未亡人 <input type="checkbox"/> 同棲パートナー		世帯の個人数(納税で報告):	
雇用形態 <input type="checkbox"/> 就業者 <input type="checkbox"/> 自営業者 <input type="checkbox"/> 定年退職 <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> 失業者 - 最終勤務日: _____			
雇用者名		電話番号	
雇用主の住所	市	州	郵便番号

配偶者/同棲相手/親/保証人情報

患者との関係
 配偶者 同棲パートナー 親 保証人 その他 _____: _____

名前	ソーシャルセキュリティー番号	生年月日
----	----------------	------

雇用形態
 就業中 自営業者 定年退職 障害者 失業者 - 最終勤務日: _____

雇用者名	電話番号
------	------

雇用主の住所	市	州	郵便番号
--------	---	---	------

保険

健康保険に加入できますか? はい いいえ はいの場合は、次の情報を提供してください:

保険契約者	保険会社	ポリシー番号
保険契約者	保険会社	ポリシー番号

経費と資産情報

現在の月収	患者・保証人	配偶者/パートナ ー	トータ ル
総支払額	\$	\$	\$
純自営業者所得	\$	\$	\$
利息と配当金	\$	\$	\$
不動産または賃貸物件	\$	\$	\$
ソーシャルセキュリティー/退職金/障 がい者支給	\$	\$	\$
扶養料, サポート支払い	\$	\$	\$
その他 _____	\$	\$	\$
月収合計	\$	\$	\$
生活必需品	患者・保証人	配偶者/パートナ ー	トータ ル
家賃または住宅ローン	\$	\$	\$
固定資産税	\$	\$	\$
光熱費と電話代	\$	\$	\$
扶養料, サポート支払い	\$	\$	\$
自動車ローン/リース料	\$	\$	\$
教育	\$	\$	\$
学校・保育(未成年扶養家族)	\$	\$	\$
食費	\$	\$	\$
保険	\$	\$	\$
その他の支出	\$	\$	\$

毎月の総支出	\$	\$	\$
現在の医療債務	患者・保証人	配偶者/パートナー	トータル
医療債務	\$	\$	\$
資産(退職金口座を除く)	患者・保証人	配偶者/パートナー	トータル
当座預金/普通預金/信用組合口座	\$	\$	\$
株式と債券	\$	\$	\$
マネーマーケット/証券口座	\$	\$	\$
預金証書 (Certificate of Deposit)	\$	\$	\$
総資産	\$	\$	\$

私は、このアプリケーションの情報が私の知る限り真実で正しいことを証明します。私は、病院や専門家の費用を軽減するために、私が資格を持つ可能性のある地方、州、および連邦の支援を申請することに同意します。私は、提供された情報が組織によって検証される可能性があることを理解し、このアプリケーションで提供された情報の正確性を確認するために第三者に連絡することを許可します。私は、故意に誤った情報を提供した場合、または申請書に重大な誤りや脱落が含まれている場合、財政援助を受ける資格がなくなることを理解しています。以前に私に財政援助が与えられていた場合、それはその時点で取り消される可能性があり、私は未払いの残高に対して責任を負います。

 財政援助申請者の署名

 日付

 配偶者/同棲パートナー/保証人の署名(該当する場合)

 日付