

アロハ

太平洋のリハビリテーション病院（REHAB）は、当社の使命と価値観と一致して、医学的に必要なリハビリ医療サービスを必要とし、個々の金融状況に基づいて支払うことができない患者に金融援助を提供することを約束します。当社の金融援助プログラムは、適格要件を満たしている保険未加入者および保険未加入者が、適格な医学的に必要なケアの支払いを支援する金融支援を受けることができます。

REHAB の金融援助プログラムは、資金援助方針（FAP）に記載されている適格サービスにのみ適用されます。REHAB 所在地以外の REHAB 提供者が提供するサービスは、FAP の対象とはならず、別途患者に請求される場合があります。

適格性を得るためには、米国市民またはハワイに永住する法的な外国人でなければなりません。あなたの家族の資産と所得は、金融援助のための方針ガイドラインを満たしているかどうかを見直されます。もしあれば、あなたの REHAB 請求書は割引かれます。実際の割引額は、家族の所得によって異なります。

申請するために、この「金融援助申請書」を記入してください。応答をサポートするために、申請書に最近の文書を添付する必要があります。**金融援助・文書チェックリスト**（添付）は、要求された情報を詳述します。

当社と共有する情報は、この申請書の目的でのみ使用されます。秘密情報として扱われます。

完成した申請書およびサポート文書のコピーを、REHAB 病院の 1 階に位置している患者金融サービス部門に提出してください。または、次の住所に郵送してください。

The Rehabilitation Hospital of the Pacific（太平洋のリハビリテーション病院）  
ATTN: Patient Financial Services（患者金融サービス）  
226 North Kuakini Street  
Honolulu, HI 96817

ご不明な点がございましたら、（808）544-3340 で REHAB の患者金融サービスにお問い合わせください。

## 金融援助・文書チェックリスト

申請書を提出するとき、必要に応じて、金融援助申請書をサポートするために必要な以下文書のコピーを添付してください。

- 運転免許証、出生証明書および/またはその他の写真 ID またはエイリアンカード。
- 直近の連邦および州所得税申告書
- 家族の収入を反映する文書：
  - 給与明細書または W-2
  - 社会保障宣言書または授与通知書
  - 公的援助資金または授与通知書を示す文書
  - 失業給付のための保険ステータスレターの決定
  - 労働者災害補償保険に関する給付通知書
  - 年金・退任給付に関する月次宣言書
  - 退役軍人給付に関する月次宣言書
  - 子供の養育費または扶養料に関する給付通知書
  - 賃貸収入に関する月次宣言書
- 家族医療伝票の負担額を示す他の病院、医師、研究室などからの最近の宣言書
- 家族の流動資産を示す文書、以下を含む：
  - 残高、受取利息、配当を示す金融機関からの月次宣言書
  - 家族の他の流動資産を示す文書
- ハワイ州から提出されたメディケイド申請書および承認・拒否通知書

これらの文書がない場合は、完成した申請書とともに提出されなかった理由について書面で説明してください。

| 患者情報  |                     |   |                     |
|---|---------------------|---|---------------------|
| 患者名：  | 社会保障#：              | 生年月日：   | 患者・保証人の自宅電話番号：      |
| 保証人名：   | 社会保障#：              | 生年月日：   | 患者・保証人携帯電話番号：       |
| 患者・保証人恒久的住所：  |                     | 米国民： <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |                     |
|   |                     | 患者・保証人 E メール：   |                     |
| 戸籍のメンバー   |                     |   |                     |
| 名：  | 関係：                 | 生年月日：   | 社会保障#：              |
| 名：  | 関係：                 | 生年月日：   | 社会保障#：              |
| 名：  | 関係：                 | 生年月日：   | 社会保障#：              |
| 名：  | 関係：                 | 生年月日：   | 社会保障#：              |
| 雇用情報  |                     |   |                     |
| 患者・保証人の雇用者および住所：  |                     |   | 職名：                 |
| 配偶者の雇用主および住所：   |                     |   | 職名：                 |
| 家族の流動資産：すべての家族メンバーのために総流動資産の一覧を表示します (サポート文書のコピーを添付する必要があります)   |                     |   |                     |
| 信用組合・銀行当座預金口座：\$  | 信用組合・銀行普通預金口座：\$    | 通貨市場口座：\$   | 手持ちの現金：\$           |
| 投資 (株式・債券)：\$   | その他 (具体的に記述ください)：\$ | その他 (具体的に記述ください)：\$   | その他 (具体的に記述ください)：\$ |
| 家族の収入：すべての家族メンバーのために総収入の一覧を表示します (サポート文書のコピーを添付する必要があります)   |                     |   |                     |
| 賃金・給与：\$  | 社会保障：\$             | 公的支援・失業給付：\$  | 労働者災害補償保険：\$        |
| 年金・退任給付：\$  | 賃貸料：\$              | 子供の養育費・扶養料：\$   | 退役軍人給付：\$           |
| その他 (具体的に記述ください)：\$   |                     |   |                     |
| 家族医療費：すべての家族メンバーのために総医療費の一覧を表示します (サポート文書のコピーを添付する必要があります)  |                     |   |                     |
| 提供者 (病院・医師・研究室)：  | 債務額：\$              | サービスの種類：  | サービスの年・月：           |
| 提供者 (病院・医師・研究室)：  | 債務額：\$              | サービスの種類：  | サービスの年・月：           |
| 提供者 (病院・医師・研究室)：  | 債務額：\$              | サービスの種類：  | サービスの年・月：           |
| 追加情報  |                     |   |                     |
| メディケイドやその他の金融プログラムを申請しましたか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 申請した場合、申請日を記入してください： |                     |   |                     |
| 申請結果、以下を明記してください： _____   |                     |   |                     |
| REHAB にあなたのサービスに関する係争中の訴訟、交渉、授与がありますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ           |                     |   |                     |
| 説明： _____   |                     |   |                     |

**申請者の宣言：**上記の情報は、私の知る限り、全て真実かつ正確であることを保証します。REHAB が提供された情報を検証できることを理解しています。いずれかの情報が誤りであることが判明した場合、私が REHAB の金融援助を受ける資格がなくなり、提供したサービスの料金について責任を負うことを理解しています。

REHAB 費用を支払うため、私に利用可能な (メディケイド・クエスト申請を含む) 金融援助を申請することにより、REHAB と完全に協力することに同意します。金融援助が適用される前に、他のすべての保険および第三者の支払元を料金に適用する必要があることを理解しています。交渉、判決、保険などの元からこれらの費用の対象となる金額を REHAB に支払うものとします。

この援助は、REHAB が提供する医学的に必要なサービスのみを対象としていることを理解しています。さらに、REHAB がいずれかの理由でいつでも金融援助を取り消す可能性があることを理解しています。

印刷名： \_\_\_\_\_ 署名： \_\_\_\_\_ 申請日： \_\_\_\_\_ 患者との関係： \_\_\_\_\_