

財産および収支申告書 / 費用補助申請書

この用紙の記入方法またはその他に関するご質問は、次の番号まで電話でお問い合わせください。713.338.5502または800.526.2121 ー つながった後で5をプッシュ

お名前：	電話番号：
ご住所（番地、ストリート）：	ご住所（市、州、郵便番号）：
登録番号：	サービスを受けた日：

注意： すべての質問にお答えいただく必要があります。当てはまらない質問には、該当する欄に「N/A」と記載してください。
写真付きの本人確認書類のコピーを1部添付してください。（例：運転免許証、パスポートの写真付きのページなど）*
直近の所得証明書または以下の所得を証明する書類のうち2種類のコピーを添付してください。

* 写真付きの本人確認書類が準備できない場合は、その他の身分証明書でも可能となる場合があります。上記の電話番号にお問い合わせください。

<input type="checkbox"/> 直近2回分の給料支払小切手の控え <input type="checkbox"/> 失業給付確認書	<input type="checkbox"/> 社会保障給付小切手または資格証明書 <input type="checkbox"/> 従業員の氏名、職務、時給、勤務時間が記載された雇用主発行の文書
---	--

***** 当手続きは、証明書類の添付が無ければ適切な申請とみなされません。*****

在住資格：	<input type="checkbox"/> テキサス州永住者	<input type="checkbox"/> 合法居住者	<input type="checkbox"/> 移民ビザ	<input type="checkbox"/> 非移民ビザ
配偶者の有無（いずれか1つ）：	<input type="checkbox"/> 既婚	<input type="checkbox"/> 独身	<input type="checkbox"/> 離婚歴あり	
	<input type="checkbox"/> 寡婦 / 夫	<input type="checkbox"/> その他 _____		

18歳未満の子、およびその他の家計を共にする被扶養者（記入しきれない場合はページを追加してください）

氏名	生年月日	扶養家族の続柄（いずれか1つ）				
		実子	継子	保護者	成人または高齢者	その他

職業の概要	
ご自身	配偶者
勤務先	勤務先
業種	業種
雇用形態（いずれか1つ）	雇用形態（いずれか1つ）
<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 専業主婦 <input type="checkbox"/> 就労不可	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 専業主婦 <input type="checkbox"/> 就労不可

世帯の1か月の収入		世帯の1か月の支出 (FAAを除く)	
ご自身	ドル / 月 _____	住居： _____ 持家 _____ 賃貸 _____	
配偶者	ドル / 月 _____	住居支出	ドル / 月 _____
離婚扶養料	ドル / 月 _____	公共料金（電気、水道）	ドル / 月 _____
失業給付	ドル / 月 _____	車両維持費（1台目）	ドル / 月 _____
養育費	ドル / 月 _____	車両維持費（2台目）	ドル / 月 _____
遺族給付	ドル / 月 _____	ガソリン代	ドル / 月 _____
労災補償	ドル / 月 _____	保険料	ドル / 月 _____
信託基金	ドル / 月 _____	テレビ / 通信 / 電話	ドル / 月 _____
その他	ドル / 月 _____	食費	ドル / 月 _____
総収入	ドル / 月 _____	総支出	ドル / 月 _____

銀行預金 / その他の資産 (3問すべてにお答えください)：		(FAAを除く)	
当座預金をお持ちですか？ (1つに○)	はい _____ いいえ _____	現在の残高	ドル _____
普通預金をお持ちですか？ (1つに○)	はい _____ いいえ _____	現在の残高	ドル _____
その他資産をお持ちですか？ (1つに○)	はい _____ いいえ _____	現在の資産価値	ドル _____
「はい」の場合、どのような資産をお持ちか記入してください。 _____			

お名前 :

- 私は、ここに回答した内容が、私の知り得る限りにおいて事実と相違ないことを証明し、そうでない場合は偽証罪によって罰せられるという条件に従います。
- 私の提供した情報は、私の世帯の収支を反映しています。
- メモリアル・ハーマンは、ここに記載された情報に加え、クレジットレポートやその他の公開情報を、支払計画の策定、費用補助申請の開始、各種のプログラム・保険・支援における適格性の判断のすべてもしくはいずれかのために使用することができます。
- 私は、メモリアル・ハーマンが、私が表明したことを確認するためにあらゆる情報源から情報を得ることに同意します。
- 私の提供した情報が、費用補助の適格性を判断するのに不完全もしくは不十分である場合、または私が費用補助の適格性要件を満たさない場合には、メモリアル・ハーマンから書面で通知されます。私が費用補助の要件を満たした場合にも、書面で通知されます。
- 私は、患者として費用補助の申請をすれば、地方政府、州政府、または連邦政府の資金援助を受ける資格がある場合があります。そうした政府のプログラムには、当費用援助の適格性が判断される前に申請を行うことになっています。メモリアル・ハーマンは、そうしたプログラムへ申請する人に対して支援を行います。そうしたプログラムへの申請をしなかった場合には、当費用援助の申請の検討においてマイナス要因となる場合があります。
- 私は、可能な限りにおいて、メディケイド・犯罪被害者基金・医療保険取引所の民間保険、およびその他のあらゆる地域・州・連邦の政府補償を含むあらゆる補助制度に申請したことが事実だと証明します。
- 私は、費用補助を受ける資格がない場合には、治療にかかった費用を負担する責任があることを理解しています。

患者または保証人の署名

署名日

記入の終わった申請書は、他の必要書類と一緒に下記宛に送ってください。

Patient Business Services
909 Frostwood Dr., Suite 3:100
Houston, Texas 77024
Attention: PBS Financial Assistance
Fax: 713-338-4261
E-Mail: MHFinancialAssistance@memorialhermann.org

事務局使用欄

機関の最高執行責任者または最高財務責任者による費用補助承認

承認者 :

氏名 / 署名

職位

署名日

裏面をご覧ください。

MEMORIAL
HERMANN

裏面をご覧ください。