

金融補助申請

患者氏名 (姓、名、ミドルネーム)	社会保障番号
サウスカロライナ州住民: <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 旅行ビザ無し: <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
米国民: <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	カルテ番号 (公用専用):

患者または責任当事者 (患者が18歳以下の場合)

氏名 (姓、名、ミドルネーム)	社会保障番号	出生日 (MM, DD, YYYY)
住所	都市	州、郵便番号
電話	世帯規模 (患者、配偶者および扶養者)	配偶者の有無
雇用形態: <input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> パートタイム <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 退役軍人 <input type="checkbox"/> 障害者	雇用者氏名	
雇用期間	失業期間 (MM, DD, YYYY)	給与/収入
		別の税還付を請求されましたか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (はいの場合請求されたそれらの税還付が与えられます)
サウスカロライナ州住民: <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 旅行ビザ無し: <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
米国民: <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		

配偶者/生活パートナー

氏名 (姓、名、ミドルネーム)	社会保障番号	出生日 (MM, DD, YYYY)
雇用形態: <input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 退役軍人 <input type="checkbox"/> 障害者	雇用者氏名	
雇用期間	失業期間 (MM, DD, YYYY)	給与/収入

税還付の請求者としての法的扶養者 (4人以上の扶養者が別々のページを使用する)

氏名 (姓、名、ミドルネーム)	関係性	出生日 (MM, DD, YYYY)

保険範囲情報

連邦または州の医療補助を申請済 自分の医療保険取引計画の適格性を検証済 どちらでもない
理由 _____

訴訟 清算 人身傷害請求 賠償請求 労災補償請求 なし
弁護士名 _____

保険は下記を通じて利用可能です。 自分の雇用者 配偶者の雇用者 コブラ なし
保険情報 _____

ご自身または家族の一員が最近3ヶ月以内にメディケイドを申請されましたか? はい いいえ

申請者 _____ 申請した郡 _____

申請日 _____ 社会福祉士名 _____

社会保障身体障害保険を申請しました。 はい いいえ
申請した場合、状況。 却下 要請中 弁護士段階 保留中 承認済
直近に支給された場合、配偶者および子供の現在の社会保障支給案内または高度障害給付金支給案内を添付してください。

銀行口座 (例、401k、403b、マネー・マーケット、譲渡性預金証書、株式、債権、貯蓄、その他の投資)

会社名	講座種類/査定	会社名	講座種類/査定

資産

種類	詳細	推定価値	未払残高
主たる住所	<input type="checkbox"/> 持ち家 <input type="checkbox"/> 賃貸		
セカンドハウス/別荘			
土地（エーカー数）			
貸出資産			
事業/農機具			
その他/キャンピングカー			

収入源（次のいずれかについて証明書類を提供すること）

収入の詳細	収入源	月収合計
投資/配当金		
年金/退職		
貸出/財産		
投資		
自営（法人および自営業の税還付）		
その他		

認証

私は本申請でHealth, Inc. において、グリーンビル医療システム(Greenville Health System, GHS)およびGHSパートナーにより提供されたサービスのみ適用されることを了解します。これは自分の治療を補助する可能性のある他人により提供されるサービスには適用されません。私はGHSでのすべての医療サービスが金銭上の補助に適切というわけではないことを理解します。

GHSは金融補助の承認を却下したり、保険の対象範囲、申請者への支払、または受領されたか必要とされたサービスに関連する人身傷害請求の申請者による追跡など、新たに発見された情報の結果として代替の返済や徴収を追求する権利を有します。金融補助が支給された後にGHSにより受領されるすべての支払は差引請求額や預金残高を作成しないで残りの自己負担額残高を解消するために調整額の取り消しという結果になります。

私は本申請が真実であり、私の知る限りにおいて正確であることをここに証明します。私は不正確な情報を提供することで本申請が却下される結果になる場合があることに了解します。本申請に提供される情報はが不正確であるといつでも判断される必要がある場合、GHSによる私へ提供される金融補助は取り消される場合があり、私は当初の口座残高に責任を負います。私はさらに、提供した何らかの情報に変更の必要がある場合、速やかにグリーンビル医療システムに通知することを受け入れます。

患者/責任当事者署名	日付 (MM, DD, YYYY)
------------	-------------------

申請書返送先：
金融補助
255 Enterprise Boulevard, Ste. 250
Greenville, S.C. 29615