



ジョンズ・ホプキンス・メディスン
財政援助申請書

送付する書式：

財政援助申請書（同封）

送付する書類：

1. 昨年の納税申告書の写し（既婚で個別に申告した場合は、両方の納税申告書の写しを提出してください）。
2. 直近の給与明細3か月分、所属会社からの公式文書、または雇用状況証明書の写し。
3. 本年度の社会保障の採用通知の写し（該当する場合）。
4. 医療支援または社会保障制度からの決定書の写し。
5. 電話代の請求書、公共料金の請求書、または賃貸料支払い/家のローンの支払いなど、申請書に記載されている毎月の生活費の証明書。
6. 未払いの医療費の写し。
7. すべての健康保険証の写し。
8. 身分証明書、運転免許証、出生証明書、または法的に認められた永久在留資格（グリーンカード）などの居住証明書。
9. 該当する場合、自営業の患者様の完全な納税申告書（損益計算書を含む）。
10. 該当する場合、財政援助する人物によって書かれた、無収入者への支援を表明する公正証明書。

郵便先の住所：

ジョンズ・ホプキンス病院

3910 Keswick Road, Suite S-5100

宛先：Financial Assistance Liaison（財政援助連絡窓口）

Baltimore, MD 21211

メールアドレス： FinancialAssistance@jhmi.edu

電話番号： 443-997-3067

ファックス番号： 443-769-1250

財政



ジョンズ ホプキンス メディスン

財政援助申請書

ご本人の情報

名前：

名

ミドルネーム

姓

社会保障番号

-

-

配偶者の有無：独身 既婚 別居

米国 市民

はい

いいえ

永住者：

はい

いいえ

ご自宅の住所： _____

電話番号 _____

市

州

郵便番号

国

所属会社名：

電話番号

勤務先住所：

市

州

郵便番号

世帯員：名前

名前

名前

名前

名前

名前

名前

名前

本人

年齢

関係

もう医療支援を申請しましたか

はい いいえ

はいの場合、その申請日はいつですか？

はいの場合、その決定はいかなるものでしたか？

州または郡から何らかの支援を受けていますか？

はい いいえ

I. 世帯収入

すべての収入源からの月間所得額を記入してください。収入証明書、資産証明書、費用証明書を提出する必要がある場合があります。収入がない場合は、住まいと食事を提供してくれる人物からの公式文書を提示してください。

	月額
従業員	_____
退職所得/年金給付	_____
社会保障給付金	_____
公的扶助給付金	_____
障害給付金	_____
失業給付金	_____
退役軍人給付金	_____
扶養手当	_____
賃貸不動産収入	_____
ストライキ手当	_____
軍人手当	_____
農場経営者または個人事業主のその他の収入源	_____
合計	_____

II 流動資産

	現在の残高
当座預金口座	_____
普通預金口座	_____
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

以下のいずれかの項目を所有している場合は、その種類と概算価格を記入してください。

家	貸付け金残高		概算価格
自動車	取得年月日	使用年数	概算価格
その他の乗り物	取得年月日	使用年数	概算価格
その他の乗り物	取得年月日	使用年数	概算価格
その他の財産			概算価格
			合計金額

賃貸または抵当	_____
公共料金	_____
車の支払い	_____
クレジットカード	_____
自動車保険	_____
健康保険	_____
その他の医療費	_____
その他の費用	_____
他に未払いの医療費はありますか？	はい いいえ
どのサービスのものですか？	_____

支払い計画を立てている場合月々の支払いはどれくらいですか？

医療財政難援助の資格について：

この申請が行われた日より前の12か月間の家計所得：

この申請が行われた日より前の12ヶ月間で、ジョンズ・ホプキンスで発生した医療債務（共同保険、共同負担、または控除免責金額を含まない）：

受診日	未払金
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

推定財政援助の資格について

1. 患者様の年齢はおいくつですか？ _____
2. 患者様は妊娠していますか？ はい・いいえ
3. 患者様のご家庭には、21歳未満のお子様が生きていらっしゃいますか？ はい・いいえ
4. 患者様は目が不自由ですか、または有給で雇用されてから12か月以上勤務するのは、身体的に不可能な可能性がありますか？ はい・いいえ
5. 患者様は現在、生活補助金（SSI）または社会保障障害保険給付金（SSDI）を受給していますか？ はい・いいえ
6. 患者様（および既婚者である場合、配偶者様）は、以下の金額を超えない、現金に換金可能な合計預金残高または資産をお持ちですか？
- 家族の人数：**
- 個人： 2,500.00ドル
- 2人： 3,000.00ドル
- 家族のメンバーを追加するごとに、100.00ドルを追加してください
（例：4人家族の場合、総当座資産が3,200.00ドル未満であれば「はい」と回答します）
7. 患者様はメリーランド州の住民ですか？
メリーランド州の住民でない場合、患者様はどの州にお住まいですか？
8. 患者様はホームレスですか？
9. 患者様はWICに参加していますか？
10. ご家庭には、無料/割引ランチプログラムに参加しているお子様はいますか？
11. ご家庭では、低所得者のための光熱費援助プログラムに参加していますか？
12. 患者様はSNAP/フードスタンプを受け取っていますか？
13. 患者様はChase BrextonのHealthy Howardに登録されていますか？
14. 患者様は、カトリック慈善団体、Mobile Med、モンゴメリー郡のがん撲滅運動、モンゴメリーケアプロジェクトへのアクセス、または Proyecto SaludによってSHIに紹介されましたか？
15. 患者様は、現在以下を利用していますか：
医療支援薬局のみ QMB/SLMB
16. 患者様は雇われていますか？
いいえの場合は、失業者となります。
COBRA健康保険を受ける資格はありますか？

提出されたすべての書類は、この申請の一部となります。

追加的な財政援助の延長を希望する場合、ジョンズ・ホプキンス・メディソンは、補足的な決定を行うために追加情報を要求することがあります。この書式に署名することで、お客様は提供した情報が真実であることを証明し、提供した情報に変更があった場合は、その変更から10日以内にジョンズ・ホプキンス・メディソンに通知することに同意したものとします。申請で提出されたすべての情報は、私の知識、情報、信念の限り、真実かつ正確なものです。

申請者の署名

日付

患者様との関係

