

付属A

金融援助申請手順

Torrance Memorial Medical Centerの金融援助プログラムは医療ケアサービスの一部またはすべてを支払うことができない患者を援助します。

金融援助プログラムに該当するには付属されている金融援助申請書に記入し、金融援助申請書の項目VIIIに記載されている「必要な情報」を提供する必要があります。

すべての必要な情報が提供されるまで患者の申請書は処理できません。金融援助申請書を受け取った日付から14日以内にすべての必要な付属文書と一緒に記入済みの金融援助申請書を提出する必要があります。

申請書に署名と日付を記入してください。患者／保証人と配偶者の両方が情報を提供する場合、両社が署名を記入する必要があります。ご質問がある場合、またはサポートが必要な場合は金融カウンセラーまでお電話ください (310) 517-4765 記入した申請書を以下の宛先までご郵送ください：

Torrance Memorial Medical Center
Patient Financial Services Department
3330 Lomita Boulevard
Torrance, CA 90505

完全に記入された申請書と一緒に必要な付属文書を受け取ってから45日以内に文書化された結果を申請者に郵送させていただきます。

Torrance Memorial Medical Center
金融援助申請

I. 患者情報：

名前 _____ 社会保障番号 _____
住所 _____ 生年月日 _____
都市 _____ 州 _____ 郵便番号 _____
電話番号 _____ 携帯番号 _____ 仕事先の電話番号 _____
肩書 _____ 雇用者/住所 _____ 患者は永久的
な身体障害者ですか？ はい/いいえ _____

II. 配偶者情報：（患者が18歳未満の場合は親の情報を記入してください）

名前 _____ 社会保障番号 _____
住所 _____ 生年月日 _____
都市 _____ 州 _____ 郵便番号 _____
電話番号 _____ 携帯番号 _____ 仕事先の電話番号 _____
職業 _____ 雇用者/住所 _____

III. もう一人の親：（患者が18歳未満の場合）

名前 _____ 社会保障番号 _____
住所 _____ 生年月日 _____
都市 _____ 州 _____ 郵便番号 _____
電話番号 _____ 携帯番号 _____ 仕事先の電話番号 _____
職業 _____ 雇用者/住所 _____

IV. 申請者を含む一緒に住んでいる家族の情報を記入してください：

名前	関係
年齢	
_____	_____
_____	_____

当座勘定残高 _____ 普通預金(口座)残高 _____
株、証券、金融市場、など _____ 自営業の場合は事業価値 _____
住宅以外の不動産 _____ その他(詳細を記入してください) _____

VIII. 必要な情報：以下が含まれていることをご確認ください

- () 最終年度のための連邦所得税申告Form 1040のコピー
- () すべての銀行口座と投資の過去3か月のステートメントのコピー
- () 現在の支払い期間と累計所得を表示している最新の給料小切手2枚
- () 自営業の場合は、過去12か月の財務諸表と去年の所得申告のコピーを提出してください。
- () 収入がない場合は、どのようにして自分や家族の家計を支えているのかを説明した手紙を提出してください。

IX. 権限付与：

金融援助のためにここに提示された情報は正確であり、記述されたとおりであることを証明します。私はここにTorrance Memorial Medical Centerが上記の情報を検証することを認め、検証工程の一部として自分の信用状況報告が調査される可能性があることを認知します。

責任者の署名

日付