

金融



JOHNS HOPKINS

医学

**Johns Hopkins 医学
金融支援申請**

添付のフォームに記入し、下記の書類と一緒に返送してください。

含まれるフォーム:

金融支援申請書(添付)

含まれる書類:

1. 昨年の納税申告書のコピー(結婚して別々に提出された場合は、両方の返品のコピーを提供してください)
2. 最後の3つの給与明細書、雇用主からの手紙、または失業状態の証明書のコピー
1. 社会保障賞状のコピー(該当する場合)
2. 医療援助または社会保障からの決定書のコピー
3. 電話料金、BG&E 料金、家賃/住宅ローンなどの申請書に記載されている毎月の生活費の証明
4. 未払いの医療費のコピー
5. すべての医療保険証のコピー
6. 身分証明書、運転免許証、出生証明書または合法的永住権(グリーンカード)などの在留証明書

3910 KESWICK ROAD、SUITE S-5100

に情報をメールで送ってください。

**注意点: FINANCIAL ASSISTANCE LIASON
BALTIMORE、MD 21211**

メールアドレス:

3910 Keswick Rd, Suite S-5100

注意点: Financial Assistance Liaison

Baltimore, MD 21211

メール: financialassistance@jhmi.edu

電話番号: 443-997-3067

ファックス: 443-769-1250

金融



JOHNS HOPKINS

医学

金融支援申請

個人情報

名前: _____
名 ミドルネーム 姓

社会保障番号 _____ - _____ - _____ 婚姻状況: 独身 既婚 別居中

米国市民 はい いいえ 永住者: はい いいえ

自宅住所: _____ 電話番号 _____

市 州 Zip 国

雇用主の名称: _____ 電話番号 _____
勤務先住所: _____
市 州 Zip

世帯構成員:

		自己
名前	年齢	関係
名前	年齢	関係
名前	年齢	関係
名前	年齢	関係
名前	年齢	関係
名前	年齢	関係
名前	年齢	関係
名前	年齢	関係

医療支援を申請しましたか はい いいえ
「はい」の場合、何日に申請したのですか? _____
「はい」の場合、その決意は何だったのですか? _____

何か国や地域の支援を受けていますか? はい いいえ

I. 家族所得

すべてのソースからの月収の金額をリストします。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、住宅や食事を提供してくれる人からの手紙をお願いします。

	月額
雇用	_____
退職/年金給付	_____
社会保障給付	_____
公的扶助給付	_____
障害給付	_____
失業給付	_____
退役軍人給付	_____
慰謝料	_____
賃貸物件	_____
収入ストライキの給付金	_____
軍事的利益	_____
農業または自営業	_____
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	_____
貯蓄口座	_____
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	
以下のいずれかのアイテムをお持ちの場合は、タイプと近似値を記載してください。	
自宅	貸付け残高 _____ 概算値 _____
自動車	作る _____ 年 _____ 概算値 _____
追加車両	作る _____ 年 _____ 概算値 _____
追加車両	作る _____ 年 _____ 概算値 _____
その他の財産	概算値 _____
	合計 _____

IV. 月々の経費	金額
賃貸又は抵当権	_____
ユーティリティ	_____
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 _____	
何のサービスですか？ _____	
支払い計画を立てている場合？月々の支払いはいくらですか？ _____	

医療金融支援の資格について:
 この申請の日の前の 12ヶ月間の家族所得: _____

Johns Hopkins で発生した医療債務(共同保険、共同支払、または控除対象を含まない)は、この申請の日の前の 12ヶ月間:

サービスの提供日	未払金
_____	_____
_____	_____
_____	_____

推定財政援助の資格:

- | | |
|---|--------|
| 1. 患者の年齢は何歳ですか？ | |
| 2. 患者は妊娠していますか？ | はい・いいえ |
| 3. 患者は 21 歳未満の子どもが自宅で生活していますか？ | はい・いいえ |
| 4. 患者は盲目ですか、それとも 12 ヶ月以上の間、潜在的に障害者として雇用されていますか？ | はい・いいえ |
| 5. 患者は現在 SSI または SSDI の恩恵を受けていますか？ | はい・いいえ |
| 6. 患者(既婚者である場合、配偶者)は、合計銀行口座または資産を現金に換算して、次の金額を超えないものを持っていますか？ | はい・いいえ |

家族の人数:

個人: \$2,500.00

2人: \$3,000.00

ファミリーメンバーを追加するごとに、\$100.00 を追加する

(例: 4 人家族の場合、総流動資産が \$3,200.00 未満の場合は「はい」と回答します)

- | | |
|--|--------|
| 7. 患者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、患者はどのような州に住んでいますか？ | はい・いいえ |
| 8. 患者はホームレスですか？ | はい・いいえ |
| 9. 患者は WIC に参加していますか？ | はい・いいえ |
| 10. 家庭に無料または還元型のランチプログラムに子供がいますか？ | はい・いいえ |
| 11. 家庭は低所得者向けエネルギー支援プログラムに参加していますか？ | はい・いいえ |
| 12. 患者はスナップ/フードスタンプを受け取りますか？ | はい・いいえ |
| 13. 患者は Healthy Howard、Chase Brexton に登録されていますか？ | はい・いいえ |
| 14. 患者は、Catholic Charities、Mobile Med、Montg Co Cancer Crusade、Primary Care Coalition、Montgomery Cares、Project Access、または Proyecto Salud によって SH に紹介されましたか？ | はい・いいえ |
| 15. 現在、患者は以下を持っていますか:
医療支援薬局のみ | はい・いいえ |
| QMB/SLMB | はい・いいえ |
| 16. 患者は雇われていますか？
そうでない場合は、失業者となります。
COBRA 健康保険の適用を受けることができますか？ | はい・いいえ |

提出されたすべての書類は、この申請書の一部となります。

追加の資金援助を要請する場合、JHM は補足的判断を行うために追加情報を要求することがあります。このフォームに署名することにより、あなたは提供された情報が真実であることを証明し、変更後 10 日以内に提供された情報に変更があった場合は JHM に通知することに同意するものとします。申請書に提出されたすべての情報は、私の知識、情報、信念の範囲内で真実で正確です。

申請者の署名

日付

患者との関係