



**Johns Hopkins Medicine  
財政支援申請書**

添付のフォームに記入し、以下に示すとおりに他の文書と併せて返送してください。

**提出するフォーム**

メリーランド州統一財政支援申請書（添付）

**提出する文書**

1. 昨年の納税申告書のコピー（結婚しているが別々に提出する場合は、両方の税務申告書のコピーを提供すること）。
2. 直近3通の給与明細のコピー、雇用主からの書簡、または失業状態の証明。
1. 社会保障を受けていることを示す書類のコピー（該当する場合）。
2. 医療支援または社会保障からの決定書のコピー。
3. 電話の請求書、BG&E 請求書、または家賃/住宅ローンの支払いなどに関するコピーなどの申請書に記載のある毎月の生活費の証明。
4. 医療費の残債のコピー。
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、合法的な永住権（グリーンカード）などの居住証明。

下記の住所に郵送してください：  
JOHNS HOPKINS RCM  
3910 KESWICK ROAD, SUITE S-5100  
ATTN: FINANCIAL ASSISTANCE  
LIASON  
BALTIMORE, MD 21211



さい。

	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	_____
扶養手当	_____
賃貸不動産収入	_____
ストライキ手当	_____
軍人給付	_____
農場または自営業	_____
その他の収入源	_____
	合計 _____

<b>II. 流動資産</b>	<b>経常収支</b>
普通口座	_____
定期預金口座	_____
株式、債券、譲渡性預金証書 (CD)、または金融市場のその他 の口座	_____
	合計 _____

<b>III. その他の資産</b>	
次の項目のいずれかを所有している場合は、その種類とおおよその金額を記入してください。	
自宅	ローン残債 _____ 推定価格 _____
自動車	メーカー _____ 年式 _____ 推定価格 _____
その他の車両	メーカー _____ 年式 _____ 推定価格 _____
その他の車両	メーカー _____ 年式 _____ 推定価格 _____
その他の資産	推定価格 _____
	合計 _____

<b>IV. 毎月の経費</b>	<b>金額</b>
家賃または住宅ローン	_____
光熱費	_____
自動車ローン返済	_____
クレジットカード返済	_____
自動車保険	_____
健康保険	_____
その他の医療費	_____
その他の経費	_____
他に医療費の残債がありますか。 有 無	_____
どのサービスですか。 _____	
支払い計画の調整は行いましたか。 月々の支払額はいくらですか。 _____	

**経済的困難の支援資格**  
この申請の日付より以前の 12 か月間の世帯所得 : \_\_\_\_\_

この申請の日付より以前の 12 か月間に Johns Hopkins で発生した医療債務（共同保険、患者負担金、定額控除を除く）

サービスの日付	残債金額
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

推定財政支援資格

1. 患者の年齢
2. 患者は妊娠していますか。  
え」 「はい」または「いい」
3. 患者には、21歳未満の同居の子供がいますか。  
え」 「はい」または「いい」
4. 患者は失明しているか、または有給雇用から12ヶ月以上にわたり  
身体に障害がある可能性がありますか。  
え」 「はい」または「いい」
5. 患者は、現在SSIまたはSSDIの給付を受けていますか。  
え」 「はい」または「いい」
6. 患者は（既婚の場合は配偶者も含む）、以下の金額を上回ることはない  
銀行口座または現金に交換可能な資産を有していますか。  
え」 「はい」または「いい」

**世帯規模：**

1人： \$2,500.00

2人： \$3,000.00

1人増えるごとに、\$100.00を追加

（例：世帯人数が4名で、流動資産合計が3,200USD以下である場合は、  
「はい」と回答。）

7. 患者はメリーランド州の居住者ですか。  
え」 「はい」または「いい」  
メリーランド州の居住者でない場合、患者はどの州に住んでいますか。
8. 患者はホームレスですか。  
え」 「はい」または「いい」
9. 患者はWICに参加していますか。  
え」 「はい」または「いい」
10. 給食費減額または無料給食を受けている子供が、世帯内にいますか。  
え」 「はい」または「いい」
11. 世帯は、低所得世帯光熱費支援プログラムに参加していますか。  
え」 「はい」または「いい」
12. 患者は、SNAP/フードスタンプを受給していますか。  
え」 「はい」または「いい」
13. 患者は、Healthy Howard、Chase Brextonに登録されていますか。  
え」 「はい」または「いい」
14. 患者は、カトリック慈善団体、Mobile Med、Montg Co Cancer Crusade、  
Primary Care Coalition、Montgomery Cares、Project Access、  
またはProyecto SaludからSuburban病院に紹介されてきましたか。  
え」 「はい」または「いい」
15. 患者は現在、次のものを有していますか。  
医療支援薬局のみ  
え」 「はい」または「いい」  
QMB/SMLB  
え」 「はい」または「いい」
16. 患者は雇用されていますか。 「はい」または「いいえ」  
「いいえ」の場合、無職となった日付。  
COBRA健康保険の受給資格がありますか。  
「はい」または「いい」

え」

提出されたすべての文書は、この申請の一部になります。

あなたが財政支援の延長を要求する場合、補足的な決定を下すにあたり、Johns Hopkins Medicine が追加情報を要求する場合があります。このフォームに署名することにより、提供された情報が真実であることを証明し、情報の変更があった場合、変更から 10 日以内に Johns Hopkins Medicine に通知することに同意します。申請に記載されたすべての情報は、私の知識、情報、信念の限りにおいて真実かつ正確です。

---

申請者署名

---

日付

---

患者との関係