

# ネーションワイド小児病院 (NATIONWIDE CHILDREN'S HOSPITAL)

## 当院経済援助方針 (FAP) の簡易表現による概要

### 経済援助制度

**\*\* 申請については本ページの裏側をご覧ください \*\***

ネーションワイド小児病院は、経済援助制度または病院治療保障プログラム (HCAP) の利用資格をお持ちの方に、基礎的な医療上必要なサービスを無料または低額で提供します。患者様は、経済援助をお求めになる前に、地元の雇用・家族サービス局への申請を含め、あらゆるリソースを利用する必要があります。援助の受給資格は、総所得金額 (税引き前の収入) および資産と扶養家族の人数を基に決定されます。利用資格を持つ患者様は、緊急医療またはその他治療に必要な医療について、保険に加入している患者様に対する一般的な請求額 (AGB) を超える額を負担することはありません。

#### 資格:

連邦貧困水準の 400% 以下

メディケイド医療費扶助制度を受けられない - メディケイドの受給者でメディケイドによってカバーされない治療に必要な医療を受けている方は、経済援助制度の対象となります。

オハイオ州の住民である - オハイオ州の非居住者が非救急医療のための経済援助を申請する場合には、医療を受ける前に経済援助の事前認可を受ける必要があります。

### 経済援助申請のサポートをしております。

**614-722-2055 までお電話ください**

サポートが必要な場合、または FAP、FAP の簡易表現による概要および経済援助申請書の無料コピーが必要な場合には、700 Children's Drive または当院のその他の事務所で患者様担当者に申しつけてください。これらの書類は、[www.NationwideChildrens.org/Financial-Assistance](http://www.NationwideChildrens.org/Financial-Assistance) から入手することも可能です。

### 病院治療保障プログラム

#### (HCAP、HOSPITAL CARE ASSURANCE PROGRAM)

**\*\* 申請については本ページの裏側をご覧ください \*\***

HCAP は、連邦政府が施行する不均等負担病院助成金制度 (Disproportionate Share Hospital Program) に類似するオハイオ州による制度です。この制度は、病院の領収書のみを対象とします。HCAP を申請する前に、すべての保険と第三者支払人に対し病院領収書が請求される必要があります。HCAP は、請求金額のうち患者負担分に対してのみ適用されます。

#### 資格:

連邦貧困水準以下

メディケイド医療費扶助制度を受けられない

オハイオ州在住

### ヘルシースタート・ヘルシーファミリー

#### (HEALTHY START AND HEALTHY FAMILIES)

**614-722-2070 または 1-800-324-8680 までお電話ください**

ヘルシースタート・ヘルシーファミリーは、家族、子供 (19 歳まで)、および妊婦の方々向けの無償および低コストの医療補償を提供します。この補償は、医師の訪問、病院における治療、妊娠関連サービス、投薬、眼科検診、歯科検診、薬物乱用、精神衛生など多くのサービスが含まれます。

#### 資格:

ヘルシースタートは、所得が連邦貧困水準 (FPL) の 206% 以下の家庭の無保険児童が対象

ヘルシースタートは、所得が連邦貧困水準 (FPL) の 156% 以下の家庭の無保険児童が対象

## 2019 貧困所得ガイドライン

家族数	所得が FPL の 100%	所得が FPL の 150%	所得が FPL の 200%	所得が FPL の 300%	所得が FPL の 400%
1	\$12,490	\$18,735	\$24,980	\$37,470	\$49,960
2	\$16,910	\$25,365	\$33,820	\$50,730	\$67,640
3	\$21,330	\$31,995	\$42,660	\$63,990	\$85,320
4	\$25,750	\$38,625	\$51,500	\$77,250	\$103,000
5	\$30,170	\$45,255	\$60,340	\$90,510	\$120,680
6	\$34,590	\$51,885	\$69,180	\$103,770	\$138,360
一人追加ごとの追加費用	\$4,420	\$6,630	\$8,840	\$13,260	\$17,680

### ネーションワイド小児病院 (NATIONWIDE CHILDREN'S HCAP および経済援助申請

ここに登録ステッカーを貼付してください

患者氏名:	保護者名:
住所、市および州:	電話番号:

- 1) 医療サービスを受けた時に、患者はオハイオ州に在住していましたか? はい  いいえ
- 2) 医療サービスを受けた時点で、患者は米国市民でしたか? はい  いいえ  問 3、4、または 5 の質問に **はい** と回答
- 3) 医療サービスを受けた時点で、患者は医療保険に入っていましたか? はい  いいえ  した場合、申請書に保険証、メディケイ
- 4) 医療サービスを受けた時点で、患者はメディケイドの受給者でしたか? はい  いいえ  ド、または DA カードの**コピーを添付して**
- 5) 医療サービスを受けた時点で、患者は障害者援助 (Disability Assistance) の受給者でしたか? はい  いいえ

所得には、総賃金 (税引き前)、賃貸料所得、失業補償、社会保障給付金、生活保護などが含まれます。

家族とは、居住地域に関わらず以下にリストされるすべての者です。

家族の氏名	年齢	生年月日	患者との関係	収入源 または雇用主名	医療サービスを受ける前 の 3 カ月間の収入	医療サービスを受ける前 の 12 カ月間の収入
			患者			
			母親			
			父親			


添付する収入証明にチェックマークを入れてください:

- 給与明細書の控え     雇用主による書面  
 提供できない

私は署名をもって、本申請書の記載内容および添付物のすべてにおいて虚偽のないことを誓約します。

添付物を添えてこの申請書を下記の住所宛てに返送します:

申告した収入額が \$0 である場合、あなた（または患者が）どのように  
生計を立てているのかを簡単に説明してください:

\_\_\_\_\_  
申請者の署名

\_\_\_\_\_  
日付

NATIONWIDE CHILDREN'S HOSPITAL  
 Patient Accounts - F.A. Dept  
 700 Children's Drive  
 Columbus, OH 43205  
 614-722-2055  
 ファクス送信先: 614-355-2266