

経済的困窮開示フォーム
(年間世帯総所得および扶養家族に基づく)

患者様氏名： _____ 生年月日： _____
姓 名

配偶者／パートナー： _____
姓 名

患者様住所： _____
番地／住所
市 州 郵便番号

年間世帯収入総所得 \$ _____ 世帯メンバー数 (患者様、患者様の配偶者／パートナー、および扶養家族) _____ 成人： _____ 未成年： _____

保険プラン： _____
患者控除／自己負担金／共同保険： _____

治療は WC、MVA または賠償請求が原因ですか？ はい いいえ
「はい」の場合、弁護士はいますか？ はい いいえ

弁護士の名前： _____ 電話番号： _____

適格性判断のために、申請時に所得の証拠書類を提供する必要があります。必要な所得証拠書類は、最新の連邦所得税申告および全世帯員の所得の証拠です。これは以下を含みますがこれらに限定されません：最新の給与明細書 3 通、社会保障明細書、障害者手当または退職金など。連邦納税申告を提出する必要がない場合、メディケアの患者様は、今年受け取った月間総収入額を示す社会保障明細書のコピーを提出することができます。決定の手助けになる追加情報が必要になる場合があります。

私（署名者）は、上記の情報が真実かつ正確であることを認めます。私は、虚偽の情報または不正確な情報を提出した場合、私は、**Select Medical** の判断により、最低 1 年間、経済的困窮プログラムの申請または参加から除外されることを理解しました。私は、追加情報が経済的困窮に影響を与えると判断された場合、権利放棄の金額が変わる場合があることも理解しました。

親／保護者の署名	名前（ブロック体で記入）	日付
立会人の署名	名前（ブロック体で記入）	日付
経済的困窮に基づいた権利放棄の金額（CBO が記入）	_____ %	
CBO クライアントサービス管理者の承認署名	名前（ブロック体で記入）	日付
CBO クライアントサービスマネージャーの承認署名	名前（ブロック体で記入）	日付
センター	患者アカウント番号	データベース