

## 5. 自己雇用：自己雇用である家族メンバーを全員ご記入になり、納税申告書（申告済の場合）あるいは、過去3カ月間の収入と経費を示す書類の写しを添付してください。

氏名	ビジネス名称・業種	週あたりの就業時間	経費差引前の月収合計	月あたりの経費合計

## 6. 未払いの医療費：過去3カ月間の未払い医療費をお支払いできる場合があります。受給申込者の方の過去3カ月間の未払いの医療費をお支払いできるかどうかの判断をご希望かどうか、はい・いいえのいずれかを丸で囲んでください。過去3カ月間の収入証明書を添付してください。

## 7. 信託資金：受給申込者の中に信託資金をお持ちの方がいらっしゃいますか？はい・いいえ（1つを丸で囲む）。「はい」と答えた方には、詳しい情報をいただくために、こちらからご連絡いたします。

## 8. 健康保険：1ページに記入されている人の中に、過去6カ月間に健康保険でカバーされている人がいる場合には、以下に必要事項をご記入ください。

健康保険でカバーされている人の名前	1	3	5
	2	4	6

保険会社 \_\_\_\_\_ 適用範囲 \_\_\_\_\_  
保険カードの表裏のコピーを添付してください。 健康、事故、主な医療、デンタル、その他。

開始日 \_\_\_\_\_ 終了日 \_\_\_\_\_ 過去6カ月間に健康保険が終了した場合には、その理由を説明してください。 \_\_\_\_\_

## 9. 家庭内ではどの第一言語を話しますか？(オプション) 英語 \_\_\_\_\_ スペイン語 \_\_\_\_\_ ドイツ語 \_\_\_\_\_ モンゴ語 \_\_\_\_\_ ベトナム語 \_\_\_\_\_ フランス語 \_\_\_\_\_ イタリア語 \_\_\_\_\_ その他 \_\_\_\_\_

## 10. 情報提供に関する重要な条件と許可：

私は、人種、肌の色、性別、年齢、障害、宗教、政治理念、あるいは出生国にかかわらず、平等な扱いを受ける権利があることを理解します。

HealthWave、HealthConnect、あるいはその他のベネフィット・プログラムにおける管理事務に直接提供される場合を除いては、私には、提供した情報に関する秘密保持の権利があることを理解します。

私は、受給申込者である各人の社会保障番号を提供する必要があり（所有していない場合には申し込み）、それらの番号がプログラム管理に使用されることを許可します。また、それらの番号は、銀行や社会保障管理、IRSなどの他機関とのコンピュータ・マッチでも使用されます。

私は、受給申込者である各人が米国民であるか、あるいは合法的な移民であることを保証します。

受給申込者である各人には、移民局が発行する証明の提示が要求されることがあります。私は、現在の所得や住所、家族構成に関する情報を提供することの重要性を理解しています。

受給申込者には医療費支払い義務のあるサードパーティ・リソース（健康保険、法廷解決、医療費サポート、受託、財産管理など）の利用および報告責任があることを

理解します。

私は、サードパーティ・リソースの利用を怠った場合、特定のサービスに対する支払いが差し控えられる可能性があることを理解します。

受給申込者のうちの誰かあるいは全員が、同様の適用範囲を持つメディケイドの受給資格があると認められる可能性があることを理解します。

私は、このプログラムに基づく医療費が医師およびその他の医療機関に直接支払われることについて承認します。

私は、この申込書の質問を理解し、情報の隠匿や偽情報の提供が刑罰にあたることを理解します。

私は、偽証罪に関する法律に基づき、ここに正しく完全な答えを記入したことを証明します。

大人と子供の受給申込を行い、大人の受給資格が認められた場合、CSE（チャイルドサポート・エンフォースメント）が裁判所のサポート命令を確立・行使することに協力します（該当者のみ）。大人の医療援助が認められた場合には、その医療援助の支払いを該当サービスに支払うことに同意します。

HealthWaveおよびHealthConnectのプログラムでカバーされた医療サービスに対して

サードパーティ・リソースから受け取る支払いは、いずれも該当する医療請求書の支払いのみ使用することを約束します。

また、それらの支払いは、サードパーティ・リソースでカバーされない分の支払いであることを理解します。私は、それらのサードパーティ・リソースの代位弁済に協力することに同意します。

私は、このプログラムでの管理目的において、医療機関に対し、Department of SRS、U.S. Department of Health & Human Services、保険会社およびその他の提携医療機関と医療関連情報を共有することを承認します。

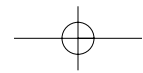
これはHealthWaveとHealthConnect専用の申込書です。SRSの事務所では、高齢者や身体障害者のプログラムなどを含むその他のプログラムに申し込むこともできます。

審査結果と意見を異にする場合には、公聴会を要求できる権利があることを理解しています。

その場合には、審査結果の決定日から30日以内に書面による要求を提出する必要があります。

## 11. 署名：この申込書を有効な書類とするために、必ず署名と日付をご記入ください。

_____	ここに署名を以って、この申込書を読み、上記の条件を理解したことを証明します。また、雇用主、医療機関、金融機関、保険会社、ベネフィット・プロバイダーおよびその他の人々あるいは機関に対し、HealthWaveまたはHealthConnectが健康保険加入の審査に必要な私の情報（秘密情報を含む）を提供することを許可します。この申込書に基づくすべての情報は、秘密保持に関する州法および連邦法で保護されています。このリリースは左記の日付から有効です。この許可の写しも原本と同様に有効と見なされます。
申込者 署名 _____	日付 _____
_____	
配偶者あるいはその他の申込者（大人）署名（該当する場合） _____	日付 _____



## 申 込 書



## 重 要

以下の点に注意してください。

同封の申込書をよくお読みになり、すべての質問に答えてください。（記入欄が小さすぎて入りきらない場合には、別紙を添付してご記入ください。）

申込書といっしょに、関連書類の写しを同封してください。（オリジナルはお手元に保管しておいてください。）

18歳の方は、別の申込書にご記入ください。

申込書のご署名と日付のご記入をお忘れなく。6～8週間以内にご通知します。

申込書および関連書類の写しをご送付いただく際は、同封されている切手不要の封筒をご利用ください。

別の言語の申込書、無料通訳サービス、または申込書に関する一般的なご質問については、1-800-792-4884 あるいは1-800-792-4292 (TTY) までお問い合わせください。

申込書の受領後は、まず最初に、メディケイド（低所得者医療扶助制度）の受給資格が審査されます。

18歳の方は、HealthConnectを選ばれた場合、医療サービスによっては、1～3ドルの自己負担分が請求されることがあります。