

Սոյն պրօշիւրը կրնաք ունենալ
Արեւմտահայերէնով

本手册有中文版本。

This brochure is available in English.

Cette brochure est disponible en français.

Diese Broschüre steht in deutscher Sprache
zur Verfügung.

Daim ntawv qhia no muaj ua ntawv Hmoob.

본 자료는 한국어로 이용하실 수 있습니다.

Эту брошюру можно получить на
русском языке.

Este folleto está disponible en español.

Ang brochure na ito ay makukuha sa
Tagalog.

Có tài liệu này bằng tiếng Việt.

助成金プログラム
(Financial Assistance Program)

AdventistHealth.org/FAP
1-844-827-5047

医療費の助成が 必要ですか

助成金プログラム





Adventist Healthは、あなたの健康維持を支援するため、懸命に取り組んでいます。この取り組みの一環として、医療費の支払いが困難な方に助成金を提供しています。支払えないと思われた場合でも、いつでも医療を受けることが可能であるべきです。

医療費の支払い援助が必要ですか?

医療費助成を受けられるかを調べるために、助成金申込書を記入してください。申込書の記入は、医療を受けた時か請求書を受け取った時のいずれでも構いません。申込書の記入内容を基に、医療費助成を受ける資格があるかを検討させていただきます。

一般に、

- あなたの年収が現在の連邦貧困ガイドラインの200%すなわち二倍以下である場合、請求書について完全な割引を受ける資格がある可能性があります。
- あなたの年収が現在の連邦貧困ガイドラインの200%すなわち二倍を超える場合、請求書について一部割引を受ける資格がある可能性があります。

助成金の申込方法とは?

以下の方法で、異なった言語によるこのパンフレット、助成金方針および申込書を無料で入手できます。

1. 登録窓口に行く
2. ウェブサイト (AdventistHealth.org/FAP) にアクセスする
3. 1-844-827-5047に電話する
4. 以下の住所に手紙を送る

Adventist Health

ATTN: Financial Assistance

P.O. Box 677000

Paradise, CA 95967

申込書の記入をお手伝いできますので、お申し出ください。記入を完了した申込書は、登録担当者に渡すか、上記住所まで郵送してください。

助成金額はどのように決められますか?

助成金額はあなたの経済状況に応じて決められます。医療費助成を受ける資格がある場合、保険を有する患者さんが支払う平均金額を基に、救急および医療上必要な治療に対してあなたが支払を求められる金額が決められます。