

Twin City Medical Center 재정 지원 신청서 양식 관련 지침

본 문서는 *CommonSpirit Health(NHSC 승인 의료기관)*의 재정 지원 신청서입니다.

CommonSpirit Health 는 특정 소득 요건을 충족하는 사람과 가족에게 **재정 지원을** 제공하고 있습니다. 건강 보험에 가입되어 있더라도 가족 규모와 소득에 따라 무료 진료 또는 할인 진료를 받을 수 있습니다. 지원은 가족 소득이 연방 빈곤 수준 지침의 400% 보다 낮은 환자에게 제공됩니다. 연방 빈곤 수준 지침에 대한 정보는 <http://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines> 에서 확인할 수 있습니다.

재정 지원을 통해 무엇이 보장되나요? 병원 재정 지원은 귀하의 자격에 따라 CommonSpirit Health 에서 제공하는 적절한 병원에서의 서비스를 보장합니다. 재정 지원은 다른 의료기관에서 제공하는 서비스를 포함하여 모든 의료 비용을 충당하지 못할 수도 있습니다.

궁금한 점이 있거나 본 신청서를 작성하는 데 도움이 필요한 경우: 어떤 이유로든, 844-428-7500 으로 전화하여 장애 및 언어 지원 등 필요한 도움을 받을 수 있습니다.

신청서 처리를 위해 다음 사항을 지켜주셔야 합니다.

- 가족 관련 정보를 제공해 주십시오
- 가족의 월 총 소득(세전 및 공제전 소득)에 대한 정보를 제공해 주십시오
- 가족 소득 증빙 서류를 제공해 주십시오
- 필요한 경우, 추가 정보를 첨부해 주십시오
- 양식에 서명하고 날짜를 기재해 주십시오

작성한 신청서를 모든 서류와 함께 우편 또는 팩스로 Twin City Medical Center, Attn: Financial Counselor, 819 N First Street, Dennison, OH 44621 팩스: 740-922-7412 로 보내 주십시오. 반드시 사본을 보관하시기 바랍니다.

작성한 신청서를 대면 제출하려는 경우, Twin City Medical Center, 819 N. First St., Dennison, OH 44621 을 방문하십시오.

재정 지원 신청서(소득 증빙 서류 포함)를 제출을 완료한 후 30 일 이내에 해당되는 자격 및 이의 제기 권리에 대한 최종 결정을 알려드릴 것입니다.

재정 지원 신청서를 제출함으로써, 귀하는 재정적 의무 및 정보 확인을 위해 당사에서 필요한 문의를 하는데 동의하는 것으로 간주됩니다.

저희가 도와드리겠습니다. 신청서를 빨리 제출해 주십시오!

당사에서 귀하의 정보를 수령하기 전까지 귀하는 청구서를 받을 수 있습니다.

Twin City Medical Center
재정 지원 신청서(NHSC 승인 의료기관) - 기밀 문서

모든 정보를 완전히 기입해 주십시오. 본인에게 해당되지 않는 경우, "NA"를 기입해 주십시오. 필요한 경우, 추가 페이지를 첨부하십시오.

선별 정보
통역이 필요하신가요? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 "예"라고 답하신 경우, 원하는 언어 기입:
환자가 푸드 스탬프 또는 여성, 유아, 아동 지원 서비스(Women, Infants, and Children, WIC) 등의 주 공공 서비스를 받고 있나요? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
환자에게 필요한 치료는 교통사고 또는 산재와 관련한 것인가요? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
귀하가 치료를 받은 CommonSpirit Health 병원 목록:
참고
<ul style="list-style-type: none"> 신청한다고 하여 재정 지원을 받을 자격이 담보되는 것은 아닙니다. 귀하가 신청서를 제출하면, 모든 정보를 확인한 후 추가적인 정보 또는 소득 증빙 자료를 요청할 수 있습니다.

환자 및 신청인 정보			
환자의 이름	환자의 중간 이름		환자의 성
생년월일	환자의 계좌 번호:		기본 연락 전화번호 () _____ () _____
청구 금액을 지불할 책임이 있는 사람	환자와의 관계	생년월일	이메일 주소: _____
우편 주소 _____ _____			
시	주	우편 번호	
청구 금액을 지불할 책임이 있는 사람의 고용 상태			
<input type="checkbox"/> 취직 여부(취직 날짜: _____) <input type="checkbox"/> 무직(무직 기간: _____) <input type="checkbox"/> 자영업 <input type="checkbox"/> 학생 <input type="checkbox"/> 장애 <input type="checkbox"/> 은퇴 <input type="checkbox"/> 기타(_____)			

가족 정보
귀하를 포함하여 귀하의 가족 구성원을 나열하십시오. "가족"에는 출생, 결혼, 입양과 관련된 2명 이상의 동거인이 포함됩니다. 환자가 소득세 신고서에 부양 가족으로 누군가를 등재할 수 있는 경우, 본 신청서의 목적에 따라 해당 사람은 환자의 가족 구성원으로 간주됩니다.

가족 규모 _____

필요한 경우, 추가 페이지를 첨부하십시오

이름	생년월일	환자와의 관계	만 18 세 이상인 경우: 고용주 이름 또는 소득원	만 18 세 이상인 경우: 월 총 소득(세전):	재정 지원도 신청하시나요?
					예/아니요
					예/아니요
					예/아니요
					예/아니요
					예/아니요
					예/아니요

모든 성인 가족 구성원의 소득을 공개해야 합니다. 소득원의 예는 다음과 같습니다.

- 급여 - 실업 수당 - 자영업 - 근로자 보상 - 장애 수당 - 생활 보조금(Supplemental Security Income, SSI)
- 자녀 양육비/배우자 지원 생활비 - 산학 연계 프로그램(학생) - 연금 - 은퇴 소득
- 기타(구체적으로 명시하세요):

Twin City Medical Center
재정 지원 신청서 - 기밀 문서

소득 정보

유념할 사항: 신청서와 함께 소득 증빙 자료를 제출해야 합니다.

가족 소득에 대한 정보를 제공해야 합니다. 재정 지원을 결정하기 위해서는 소득 확인이 필요합니다. 만 18세 이상의 모든 가족 구성원은 소득을 공개해야 합니다. 확인된 모든 수익원에 대한 증빙 자료를 제공하십시오.

소득 증빙 자료의 예는 다음과 같습니다.

- 작년 소득세 신고서(해당되는 경우 일정 포함), 또는
- "W-2" 원천 징수 명세서, 또는
- 현재 급여 명세서(3개월분), 또는
- 고용주 또는 다른 사람이 서명한 서면 명세서, 또는
- 실업 수당 수령 적격성 승인/거부 관련 자료.

소득 증빙 자료가 없거나 소득이 없는 경우, 기초 생활비(주거 비용, 음식 관련 비용, 공과금 등)를 지원하는 방법을 설명하는, 서명된 페이지를 추가적으로 첨부하십시오.

추가 정보

재정적 어려움, 과도한 의료비, 계절적 또는 일시적 소득, 개인적 손실 등 알리고 싶은 현재 재정 상황을 증빙하는 다른 정보가 있는 경우, 추가 페이지를 첨부하십시오.

환자 동의서

본인은 CommonSpirit Health가 재정 지원 또는 지불 계획에 대한 적격성을 결정하는 데 도움이 되도록 해당 정보를 다른 출처를 통해 확인할 수 있음을 이해합니다.

- 본인은 본인이 제공한 정보가 본인이 아는 한 진실되고 정확함을 보증합니다.
- 본인은 CommonSpirit Health가 요청한 정보 제공에 협조하지 않을 경우, 신청이 거부될 수 있음을 이해합니다.
- 본인은 본인이 제출한 정보를 CommonSpirit Health가 확인할 수 있음을 이해합니다.
- 본인은 지원 요건을 충족하기 위해 추가 정보를 요청받을 수 있음을 이해합니다.

귀하가 보험사, 근로자 보상 플랜 또는 그 외 제 3자로부터 비용을 지불받는 경우, 귀하는 병원에 해당 지불 사실을 알리는 데 동의합니다. 제 3자가 귀하에게 병원 서비스에 대한 비용을 지불하는 경우, 병원은 원래 청구된 전체 비용을 징수할 권리를 보유합니다.

신청인의 서명

날짜