

CHI Mercy Health
재정 지원 신청서 양식 지침

이것은 *CommonSpirit Health* 의 재정 지원 신청서입니다.

CommonSpirit Health에서 제공하는 재정 지원 대상은 특정 소득 요건을 충족하는 사람과 가족입니다. 건강 보험이 있어도 가족 수와 소득에 따라 무료 진료 또는 할인 진료를 받을 자격이 있을 수 있습니다. 지원은 가족 소득이 연방 빈곤 수준 가이드라인의 400% 미만인 환자에게 제공됩니다. 연방 빈곤 수준 지침에 대한 정보는 <http://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>에서 찾을 수 있습니다.

재정 지원은 어떤 것을 보장할까요? 병원 재정 지원은 귀하의 자격에 따라 **CommonSpirit Health**에서 제공하는 적절한 병원 기반 서비스를 보장합니다. 재정 지원은 다른 기관에서 제공하는 서비스를 포함하여 모든 의료 비용을 충당하지 못할 수 있습니다.

질문이 있거나 이 신청서를 작성하는 데 도움이 필요한 경우: 장애 및 언어 지원을 포함하여 어떤 이유로든 도움을 받을 수 있는 연락처는 다음과 같습니다: 844-286-5546

신청서를 처리하려면 다음을 수행해야 합니다:

- 가족에 대한 정보 제공
- 가족의 월 총 소득(세금 및 공제 전 소득)에 대한 정보 제공
- 가계 소득 증빙 서류 제공
- 가족재산 증빙서류 제출(선택)
- 필요시 추가사항 첨부
- 양식에 서명 후 날짜 기입

참고: 재정 지원을 신청하기 위해 사회보장번호를 제공할 필요는 없습니다. 사회보장번호를 제공하면 신청 처리 속도를 높이는 데 도움이 됩니다. 사회보장번호는 당사에 제공된 정보를 확인하는 데 사용됩니다. 사회보장번호가 없는 경우 "해당 없음"을 의미하는 "NA"로 표시하십시오.

작성한 신청서를 모든 문서와 함께 다음 주소로 우편 또는 팩스로 보내주십시오: CHI Mercy Health, ATTN: EES - Financial Assistance Center, P.O. Box 660872, Dallas, TX 75266-0872 팩스: 469-803-4627. 반드시 참고용 사본을 보관하십시오.

작성한 신청서를 직접 제출하려면: CHI Mercy Health, 2700 NW Stewart Pkwy, Roseburg, OR 97471

소득 서류를 포함해 완전한 재정 지원 신청서를 받은 후 역일 기준 30일 이내에 적격성 및 항소 권리에 대한 최종 결정을 알려드립니다.

재정 지원 신청서를 제출함으로써 귀하는 재정 의무 및 정보를 확인하기 위해 필요한 문의를 하는 데 동의하는 것입니다.

저희가 도와드리겠습니다. 신청서를 빨리 제출해 주십시오!

청구서는 귀하의 정보 접수 시까지 발송됩니다.

CHI Mercy Health
재정 지원 신청서 – 대외비

모든 정보를 빠짐없이 기입해 주십시오. 해당되지 않는 경우 "NA"라고 기재하십시오. 필요한 경우 추가 페이지를 첨부하십시오.

심사 정보	
통역사가 필요하십니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 '예'라고 답한 경우 모국어 기입:	
환자가 Medicaid를 신청했습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 재정 지원을 고려하기 전에 신청해야 할 수 있음	
환자가 푸드 스탬프 또는 WIC(여성, 유아 및 어린이)와 같은 주 공공 서비스를 받고 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
환자가 현재 노숙자입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
환자의 의료 관리 요구가 자동차 사고 또는 작업 상해와 관련이 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
치료 받은 CommonSpirit Health 병원 목록:	
참고:	
<ul style="list-style-type: none"> 신청해도 재정 지원을 받을 자격이 된다고 보장할 수 없습니다. 신청서를 제출하면 모든 정보를 확인하고 추가 정보나 소득 증빙 자료를 요청할 수 있습니다. 	

환자 및 신청자 정보			
환자 이름	환자 중간 이름		환자 성
생년월일	환자 계정 번호:		환자 사회보장번호(선택*)
요금납부자	환자와의 관계	생년월일	사회보장번호(선택*)
우편 주소 _____			주 연락처 () _____ () _____
시 (*):	주 (*):	우편번호	이메일 주소: _____
요금납부자의 고용상태 <input type="checkbox"/> 채용됨 (채용일: _____) <input type="checkbox"/> 무직 (무직 기간: _____) <input type="checkbox"/> 자영업 <input type="checkbox"/> 학생 <input type="checkbox"/> 장애인 <input type="checkbox"/> 퇴직 <input type="checkbox"/> 기타 (_____)			

가족 정보					
귀하를 포함한 가구원을 기재하십시오. "가족"이란 출생, 결혼 또는 입양으로 관련되어 동거하는 둘 이상의 사람들을 포함합니다. 환자가 자신의 소득세 신고서에 누군가를 부양가족으로 청구할 수 있는 경우, 그 사람은 이 신청서의 목적상 환자의 가구원이 됩니다.					
가족 인원수 _____				필요 시 페이지 추가	
이름	생년월일	환자와의 관계	18세 이상인 경우: 고용주 이름 또는 소득원	18세 이상인 경우: 총 월 소득(세전):	재정 지원도 신청 중이십니까?
					예 / 아니오

					예 / 아니오
					예 / 아니오
					예 / 아니오
					예 / 아니오
					예 / 아니오

모든 성인 가구원의 소득을 공개해야 합니다. 소득원 예:

- 임금 - 채용됨 - 자영업 - 산재 보상 - 장애인 - SSI
- 자녀/배우자 지원 - 근로 학습 프로그램(학생) - 연금 - 은퇴 계좌 배당금
- 기타(상세 기재: _____)

소득 정보

기억하세요: 신청서에 소득 증빙을 포함해야 합니다.

가족 소득에 대한 정보를 제공해야 합니다. 재정 지원을 결정하려면 소득 확인이 필요합니다.

18세 이상의 모든 가구원은 소득을 공개해야 합니다. 확인된 모든 소득원에 대한 증빙 자료를 제공하십시오.

소득 증빙의 예는 다음과 같습니다.

- 해당될 경우 근무표를 포함한 작년 소득세 신고서 또는
- W-2 원천징수 명세서 또는
- 최신 급여 내역서(3개월) 또는
- 고용주 또는 타인의 서면 서명 진술 및
- Medicaid 및/또는 주에서 지원하는 의료 지원에 대한 적격성 승인/거부 또는
- 실업 수당 자격 승인/거부.

소득 증빙이 없거나 소득이 없는 경우, 기본 생활비(주택, 식비, 공과금 등)를 지원하는 방법을 설명하는 서명된 진술서가 있는 추가 페이지를 첨부하십시오.

자산 정보

(이 섹션은 선택 사항이며 다른 지원 프로그램에 대한 자격을 결정하는 데 사용될 수 있습니다)

확인 모든 자산 소득원에 대한 증빙을 제공하십시오. 소득 증빙의 예는 다음과 같습니다.

- 최신 은행거래 명세서(가장 최근 3개월 표시)
 - 당좌 예금
 - 저축 계좌
- 주식 및 채권을 포함한 투자
- 신탁 기금
- 머니 마켓 계정
- 뮤추얼 펀드
- 자금을 인출해도 벌금이 부과되지 않는 기타 투자 펀드.

추가 정보

재정적 어려움, 과도한 의료비, 계절적 또는 일시적 소득 또는 개인 손실 등 귀하의 현재 재정 상황에 대해 저희가 알기를 원하는 다른 정보가 있는 경우 추가 페이지를 첨부하십시오.

환자 동의서

본인은 CommonSpirit Health에서 신용 정보를 검토하고 재정 지원 또는 지불 계획에 대한 자격 여부를 결정하는 데 도움이 되는 다른 출처로부터 얻은 정보를 확인할 수 있다는 것을 이해하였습니다.

- 본인은 본인이 제공한 정보가 본인이 아는 한 사실이고 정확함을 증명합니다.
- 본인은 독립적으로 또는 병원 직원의 도움을 받아 연방, 주, 지방 정부 및 민간 출처를 통해 이 의료비 청구서를 지불하는 데 도움이 될 수 있는 모든 지원을 신청할 것입니다.
- 요청한 정보를 제공하는 데 있어 CommonSpirit Health에 협조하지 않을 경우 본인의 신청이 거부될 수 있음을 이해합니다.
- 본인은 제출한 정보가 신용 보고 기관을 포함하여 CommonSpirit Health의 검증 대상이며 필요에 따라 연방 및/또는 주 기관 및 기타 기관의 검토 대상임을 이해합니다.
- 본인은 지원 수혜 자격을 얻기 위해 추가 정보를 요청받을 수 있음을 이해합니다.

보험사, 산재 보험 또는 기타 제3자로부터 지불을 받는 경우 귀하는 해당 지불 사실을 병원에 알리는 데 동의합니다. 병원은 제3자가 귀하에게 병원 서비스에 대한 지불을 제공하는 경우 원래의 전체 청구 비용을 징수할 권리를 보유합니다.

신청자 서명

날짜