

**CHI St. Anthony Hospital**  
재정 지원 신청서 양식 지침

이것은 *CommonSpirit Health* 의 재정 지원 신청서입니다.

**CommonSpirit Health**에서 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 ST ANTHONY HOSPITAL, 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 St. Anthony Hospital, 2801 St Anthony Way, Pendleton, OR 97801

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 St. Anthony Hospital

## 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"> <li>신청해도 재정 지원을 받을 자격이 된다고 보장할 수 없습니다.</li> <li>신청서를 제출하면 모든 정보를 확인하고 추가 정보나 소득 증빙 자료를 요청할 수 있습니다.</li> </ul>	

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					
<p>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.</p> <p style="text-align: center;">가족 인원수 _____ <span style="float: right;">필요 시 페이지 추가</span></p>					
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