

자선의료/재정지원 신청서 작성법

본 신청서는 케들렉지역의료센터(Kadlec Regional Medical Center) 재정지원(자선의료) 신청서입니다.

연방법 및 주법에 따르면 모든 병원은 특정 소득 요건을 충족하는 개인 및 가족에게 재정지원을 제공해야 합니다.

건강보험에 가입되어 있더라도, 귀하의 가족 크기 및 소득에 따라 무료 의료 또는 의료비 감액을 받으실 수 있습니다.

재정지원 정책과 지원액 가이드라인 병원 웹사이트(www.kadlec.org)에 접속하여 **Pay Bill and Financial Assistance(의료비 납부 및 재정지원)**를 클릭하십시오.

재정지원이 가능한 항목은 무엇인가요? 귀하의 적격성에 따라 본 병원에서 제공하는 의학적으로 필요한 병원 서비스에 재정지원을 받으실 수 있습니다. 다른 기관에서 제공하는 서비스를 비롯한 모든 의료 서비스의 비용에 재정지원을 받으실 수는 없습니다.

본 신청서 작성과 관련하여 문의사항이 있거나 도움이 필요하실 경우 웹사이트 또는 전화를 통해 본 병원 재정지원 정책, 프로그램 관련 정보, 신청서 자료를 이용하실 수 있습니다. 장애 및 언어 지원 등의 기타 도움도 받으실 수 있습니다. 번역된 문서를 요청하여 이용하실 수 있습니다.

문의처: www.kadlec.org 에서 **Pay Bill and Financial Assistance(의료비 납부 및 재정지원)** 클릭

고객 서비스 담당자: 855-367-1343 또는 509-942-2626

아래 조건이 충족되어야 신청서가 처리됩니다.

- **가족 정보를 제공해주십시오.**
가족 구성원 수(가족에는 출생, 결혼 또는 입양을 통해 함께 살고 있는 사람이 포함됩니다)
- **급여명세서, 연간 급여명세서(W-2 form), 소득신고서, 생활보조금 수급증명서(social security awards letter) 등 가족 월소득(세금 및 공제액 포함)에 관한 정보를 제공해주십시오.**
(자세한 설명은 재정지원 신청서 소득 부분 참조)
- **가족 소득 증빙 자료를 제공하고 자산을 공개해주십시오.**
- **필요한 추가 정보를 첨부해주십시오.**
- **재정지원 신청서에 서명하고 날짜를 기재해주십시오.**

참고: 재정지원을 신청하기 위해 반드시 사회보장번호를 기재해야 하는 것은 아닙니다. 사회보장번호를 기재하실 경우 신청서를 신속히 처리하는 데에 도움이 됩니다. 사회보장번호는 신청서에 기재하신 정보를 확인하는 데에 사용됩니다. 사회보장번호가 없으실 경우 “not applicable” 또는 “NA”를 작성해주십시오.

작성하신 신청서와 모든 증빙 자료를 다음 주소로 보내주십시오: Kadlec Regional Medical Center, Attn: Patient Financial Services, 888 Swift Boulevard, Richland, WA 99352. 반드시 사본을 보관하십시오.

작성한 신청서를 직접 제출하실 경우: 가까운 병원 접수창구에 제출하십시오.

작성하신 재정지원 신청서와 소득 증빙 자료를 접수한 후 14 일 이내에 적격성에 대한 최종 결정과 항소권(해당할 경우)에 대해 알려드릴 것입니다.

귀하는 재정지원 신청서를 제출함으로써 본 병원이 재정적인 의무 및 정보에 대해 필요한 조사를 수행하는 데에 동의하는 것입니다.

도움을 드리고 싶습니다. 지금 바로 신청서를 제출해주십시오!

귀하의 정보가 접수되기 전까지는 귀하에게 의료비가 청구될 수 있습니다.

자선의료/재정지원 신청서 - 기밀

모든 정보를 빠짐 없이 작성해주시시오. 해당사항이 없을 경우 "NA"라고 작성해주시시오. 필요할 경우 페이지를 추가하십시오.

심사 정보

통역사가 필요하십니까? 예 아니요 *예라고 답한 경우 선호하는 언어 기재:*

환자가 메디케이드(Medicaid)를 신청했습니까? 예 아니요

환자가 TANF, 베이직푸드(Basic Food) 또는 WIC 등의 주 공공서비스를 받고 있습니까? 예 아니요

환자가 현재 노숙자입니까? 예 아니요

환자에게 필요한 의료 지원이 자동차 사고 또는 직업적 부상과 관련이 있습니까? 예 아니요

참고사항

- 귀하께서 재정지원을 신청하셔도 재정지원을 받기에 적격하다고 보장할 수 없습니다.
- 신청서를 보내주시면 모든 정보를 확인하고 추가 정보 또는 소득 증빙을 요청드릴 수 있습니다.
- 작성하신 신청서와 증빙 자료를 접수한 후 14 일 이내에 귀하께서 재정지원에 적격인지 알려드릴 것입니다.

환자 및 신청자 정보

환자 이름	환자 중간이름	환자 성
<input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> 여성 <input type="checkbox"/> 기타 (지정 가능 _____)	생일	환자 사회보장번호(선택사항*) <i>*선택사항이며 주법 요건 외 더욱 많은 지원을 받기 위해 필요</i>
의료비 납부자	환자와의 관계	생일
		사회보장번호(선택사항*) <i>*선택사항이며 주법 요건 외 더욱 많은 지원을 받기 위해 필요</i>
우편주소 _____ _____	기본 연락처 () _____ () _____ 이메일 주소: _____	
시/주/우편번호		
의료비 납부자의 취업 여부 <input type="checkbox"/> 취업 (채용일: _____) <input type="checkbox"/> 미취업 (실직 기간: _____) <input type="checkbox"/> 자영업자 <input type="checkbox"/> 학생 <input type="checkbox"/> 장애인 <input type="checkbox"/> 은퇴 <input type="checkbox"/> 기타 (_____)		

가족 정보

귀하를 포함하여 가족 구성원을 기재해주시시오. "가족"에는 출생, 결혼 또는 입양을 통해 함께 살고 있는 사람이 포함됩니다.
가족 크기 _____ *필요하실 경우 페이지를 추가하십시오*

이름	생일	환자와의 관계	만 18 세 이상: 고용주 이름 또는 소득원천	만 18 세 이상: 총 월소득(세전):	재정지원 신청 여부
					예 / 아니요
					예 / 아니요
					예 / 아니요
					예 / 아니요

반드시 모든 성인 가족 구성원의 소득을 공개해야 합니다. 소득원천에는 다음이 포함됩니다:
 임금 실업 자영업 산재보상금 장애 SSI 자녀/배우자 부양비
 실무경험(Work study) 프로그램(학생) 연금 은퇴계좌분배금 기타 (설명 기재 _____)

자선의료/재정지원 신청서 - 기밀

소득 정보

유의사항: 반드시 신청서와 함께 소득 증빙 자료를 보내주셔야 합니다.

가족 소득에 관한 정보를 제공해주셔야 합니다. 재정지원을 결정하기 위해서는 소득을 확인해야 합니다.

만 18 세 이상의 모든 가족 구성원은 반드시 소득을 공개해야 합니다. 증빙 자료를 제출하실 수 없는 경우 소득을 설명하고 서명한 진술서를 제출하실 수 있습니다. 모든 확인된 소득원천에 대한 증빙 자료를 제출해주시시오.

소득 증빙 자료에는 다음이 포함됩니다.

- “연간 급여(W-2)” 원천징수명세서 또는
- 최신 급여명세서(3 개월) 또는
- 지난해 소득신고서(해당할 경우 부속서류 포함) 또는
- 고용주 등이 작성하고 서명한 진술서 또는
- 메디케이드(Medicaid) 및/또는 주 기금으로 운영되는 의료 지원에 대한 적격성 승인/거절 서류 또는
- 실업수당 적격성 승인/거절 서류.

소득 또는 무소득에 대한 증빙 자료가 없는 경우 추가 페이지에 설명을 작성하여 첨부해주시시오.

지출 정보

아래 정보를 통해 귀하의 재정 상태를 더욱 철저히 파악하고자 합니다.

가족 월지출:

집세/주택담보대출	\$ _____	의료비	\$ _____
보험료	\$ _____	공공요금	\$ _____
기타 채무/비용	\$ _____ (자녀 부양, 대출, 약값, 기타)		

자산 정보

귀하의 소득이 연방빈곤기준(Federal Poverty Guidelines) 101%보다 많은 경우 아래 정보가 사용될 수 있습니다.

현재 당좌예금계좌 잔액 \$ _____	귀하의 가족에게 기타 자산이 있습니까? 해당 사항을 모두 표시하십시오.
현재 보통예금계좌 잔액 \$ _____	<input type="checkbox"/> 주식 <input type="checkbox"/> 공채 <input type="checkbox"/> 401K <input type="checkbox"/> 의료저축구좌 <input type="checkbox"/> 신탁금
	<input type="checkbox"/> 부동산(거주지 제외) <input type="checkbox"/> 사업체

추가 정보

경제적 곤란, 과도한 의료 비용, 일시적 또는 임시적 소득, 개인적 손실 등 귀하께서 알리고 싶은 현재 재정 상태에 관한 기타 정보가 있으실 경우 페이지를 추가로 첨부해주시시오.

환자 동의

저는 케들렉지역의료센터(Kadlec Regional Medical Center)에서 재정지원 또는 지불방식에 대한 적격성을 결정하기 위해 신용 정보를 조회하고 기타 출처로부터 정보를 확보하여 신청서에 제공된 정보를 확인할 수 있다는 사실을 이해하고 있습니다.

저는 제가 아는 한 상기 정보가 사실이며 정확한 정보임을 확인합니다. 저는 제가 제공한 재정 정보가 거짓으로 판명될 경우 재정지원이 거절되고, 제공된 서비스에 대해 책임을 질 수 있으며 서비스의 비용을 지불해야 할 수 있음을 이해하고 있습니다.

신청자 서명

날짜