CHI Franciscan
Rehabilitation Hospital

자선 케어/재정 지원 신청서 양식 가이드

이 문서는 CHI Franciscan Health 의 재정 지원(자선 케어) 신청서입니다.

Washington 주는 모든 병원이 특정 소득 조건에 부합하는 사람들과 그 가족들에게 **재정 지원을 제공**하도록 의무화하였습니다. 해당 환자는 건강 보험에 가입되어 있더라도 가족 구성원 규모와 소득에 따라 치료비를 면제 받을 수 있습니다. 재정 지원은 미국 보건복지부에서 매년 발표하는 가이드라인에 따라 연 가계 소득이 연방 빈곤 가이드라인의 300% 이하인 가족에게 제공됩니다. 가이드라인은 https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines 에서 참조할 수 있습니다.
https://www.chifranciscan.org/financialassistance

재정 지원의 보장 범위는 어떻게 되나요? 병원 재정 지원 시 자격 조건에 따라 CHI Franciscan Health (이)가 제공하는 적절한 내원 치료 서비스를 보장하게 됩니다. 재정 지원을 통해 다른 기관에서 받은 치료비가 포괄적으로 전체 보장되지는 않습니다.

해당 신청서 작성에 대한 문의 또는 지원 요청: 병원의 적격성 심사 및 등록 서비스 사무실을 방문하거나 844-286-5546 으로 전화하십시오. 장애 및 언어 관련 지원 등, 다양한 지원을 받으실 수 있습니다.

신청서가 처리되려면 다음과 같은 정보가 필요합니다.

- ◻ **가족 정보를 제공해 주십시오.**
  가족 구성원의 수(출생, 결혼, 입양 등 동거 중인 가족 포함)를 기재하십시오.
- ◻ **가족 구성원의 전체 월별 소득을 제공하십시오(공제 전 및 세전 금액).**
- ◻ **가족 구성원의 소득 증빙 문서를 제공하십시오.**
- ◻ **필요한 경우 추가 정보를 첨부하십시오.**
- ◻ **서명 및 양식 작성일**

참고: 재정 지원을 신청할 때 사회 보장 번호를 기재하지 않아도 됩니다. 사회 보장 번호를 기재하는 경우 신청서가 더욱 신속하게 처리될 수 있습니다. 제공하신 사회 보장 번호는 정보 확인 용도로만 사용합니다. 사회 보장 번호를 가지고 있지 않은 경우, '해당 없음' 또는 'NA'를 선택하여 주십시오.

신청서 작성 후 모든 문서를 우편 또는 팩스로 다음 주소로 보내 주십시오 사본을 준비하여 가지고 계시기 바랍니다.

CHI Franciscan Rehabilitation Hospital
815 South Vassault Street
Tacoma, WA 98465
Phone: 253-444-3320
Fax: 253-444-3330

작성된 신청서를 직접 제출하려는 경우, 다음 주소를 방문하십시오. 근처 CHI Franciscan 의료 기관의 적격성 심사 및 등록 서비스 사무실

CHI Franciscan
Rehabilitation Hospital

소득 서류를 포함하여 작성된 재정 지원 신청서가 접수된 후 14 일 내에 자격 여부에 관한 최종 결정 및 이의신청 권리에 대하여 공지해 드립니다.
재정 지원 신청서를 제출하실 때, 병원이 재정적 의무 및 정보 관련 필수 항목을 조회하는 것에 동의하게 됩니다.

저희가 도와드리겠습니다. 신청서를 바로 제출하세요!
환자의 정보가 접수되기까지는 청구서를 받게 될 수 있습니다.

다음 항목에 정보를 모두 기재하십시오. 해당하지 않는 항목에는 '해당 없음'을 기재하십시오. 필요한 경우 추가 페이지를 첨부하십시오.

진료 정보
통역이 필요하십니까? ☐ 예 ☐ 아니요 *'예'라고 답하신 경우, 원하시는 언어:*
환자가 Medicaid 를 신청하였습니까? ☐ 예 ☐ 아니요 *재정 지원 대상 심사 전에 해당 신청이 필요할 수 있습니다.*
환자가 TANF, 식료품 지원(Basic Food), WIC 등의 공공 서비스를 받고 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니요
환자가 현재 노숙인 신분입니까? ☐ 예 ☐ 아니요
환자가 차량 사고 또는 근무 중 상해에 대한 의료적 치료를 필요로 합니까? ☐ 예 ☐ 아니요

참고

- 신청 후에 재정 지원 대상자로 반드시 선정되리라는 보장은 없습니다.
- 신청서를 제출하시면, 병원측에서 모든 정보를 확인할 수 있으며 향후 추가 정보 또는 소득 증빙을 요구할 수도 있습니다.
- 완성된 신청서와 서류가 접수된 후 14 일 안에 지원 자격 대상 여부를 공지해 드리겠습니다.

환자 및 신청인 정보			
환자의 이름	환자의 중간 이름		환자의 성
☐ 남성 ☐ 여성 ☐ 기타 (_____)	생년월일		환자의 사회 보장 번호(선택 사항*) **필수 항목이 아니지만 연방법의 기준에 따라 더 높은 수준의 지원을 받기 위해 필요할 수 있습니다.*
지불 책임자	환자와의 관계	생년월일	사회 보장 번호(선택 사항*) **필수 항목이 아니지만 연방법의 기준에 따라 더 높은 수준의 지원을 받기 위해 필요할 수 있습니다.*
우편 주소 _____ _____ 시 주 우편번호			주 연락처 ( )_____ ( )_____ 이메일 주소: _____
지불 책임자의 고용 상태 ☐ **재직중** (입사일: _____) ☐ **무직** (무직 기간:_____) ☐ **자영업** ☐ **학생** ☐ **장애인** ☐ **은퇴** ☐ **기타** (_____)			

CHI Franciscan
Rehabilitation Hospital

가족 정보					
본인을 포함한 가족 구성원을 적어주십시오. "가족"은 출생, 결혼, 입양 등 동거 중인 가족을 포함하는 사람들을 말합니다. **가족 구성원 수** _____ *필요한 경우 추가 페이지를 첨부하십시오.*					
이름	생년월일	환자와의 관계	18 세 이상인 경우: 고용주 이름 또는 소득원	18 세 이상인 경우: 월 총소득(세전):	재정 지원도 신청하시겠습니까?
					예/아니요
					예/아니요

					예/아니요
					예/아니요

성인 가족 구성원의 소득을 모두 기재해야 합니다. 소득원에 포함해야 하는 항목은 다음과 같습니다.
- 급여 - 무직 - 자영업 - 산재보상금 - 장애 - 정부 생계 보조금(SSI) - 자녀/배우자 지원금
- 근로학생 프로그램(학생) - 생활 보조금 - 은퇴 계좌 배당금 - 기타 (*자세한 설명*_____)

자선 케어/재정 지원 신청서 양식 - 기밀 사항

소득 정보

기억하세요: 신청 시 소득 증빙을 첨부해야 합니다.

가족 구성원의 소득 정보를 제공해야 합니다. 소득 확인을 통해 재정 지원 여부가 결정됩니다.
18 세 이상 가족 구성원의 소득을 모두 기재해야 합니다. 문서로 제공할 수 없는 경우, 소득을 증명하는 직접 서명한 명세서를 제출해야 합니다. 명시된 모든 소득원에 대한 증빙 문서를 제출하십시오.
소득 증빙 예시는 다음과 같습니다.

- "W-2" 원천 징수 명세서 또는
- 현재 급여 명세서(*1 개월*) 또는
- 작년 소득세 신고서(해당하는 경우 명세서 포함) 또는
- 고용주 또는 타인이 직접 서명한 명세서 또는
- Medicaid 및/또는 주 지원 의료 지원금 승인/거부 문서 또는
- 실업 수당 승인/거부 문서.

소득 증빙 자료가 없거나 소득이 없는 경우, 관련 설명을 서술한 페이지를 추가로 첨부하십시오.

지출 정보

이 정보는 환자의 재정 상태를 면밀히 파악하기 위한 것입니다.

월별 가계 지출:

임대/모기지 $_____ 의료비 $_____
보험료 $_____ 공공 요금 $_____
기타 부채/지출 $_____ (*양육비, 대출금, 약물 치료비, 기타*)

추가 정보

재정적 어려움, 과도한 치료비, 계절적 또는 임시 소득, 인적 손해와 같이 현재 재정 상황에 대해 병원 측에 알리고자 하는 기타 정보가 있으시면 추가 페이지를 첨부하여 알려주십시오.

계좌 번호

계좌 번호: _____

환자 동의문

본인은 CHI Franciscan Health 이)가 정보를 확인하고 재정 지원 또는 지불 방식을 결정하기 위해 본인의 신용 정보를 검토하고 기타 출처를 통해 정보를 획득할 수 있다는 점을 이해합니다.

상기 기술한 정보가 본인이 아는 한도 내에서 사실이고 정확함을 증명합니다. 제공한 재정적 정보가 사실과 다를 경우 재정적 지원이 거부되거나 제공된 서비스에 대해 본인이 지불 책임을 져야 할 수 있음을 이해합니다.

_____ _____

신청자 서명	날짜

5/24/19