Mercy Hospitals Bakersfield
재정 지원 신청서 지침

본 양식은 *CommonSpirit Health* 시설의 재정 지원을 위한 신청서입니다.

CommonSpirit Health 는 특정 소득 요건을 충족하는 개인과 가족에게 재정 지원을 제공합니다. 건강 보험이 있더라도 가구 규모와 소득에 따라 무상 진료 또는 할인 진료를 받으실 수 있습니다. 가구 소득이 연방 빈곤선 지표의 500% 이하인 환자에게 지원이 제공됩니다. 연방 빈곤선 지표 관련 정보는 **http://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines** 에서 확인하실 수 있습니다.

재정 지원은 무엇을 보장하나요? 병원 재정 지원은 자격에 따라 CommonSpirit Health 에서 제공하는 적절한 병원 기반 서비스를 보장합니다. 재정 지원은 다른 조직에서 제공하는 서비스를 포함하여 일부 의료비를 보장하지 못할 수 있습니다.

문의 사항이 있거나 이 신청서 작성에 도움이 필요하신 경우: 장애 편의 및 언어 지원을 포함하여 어떤 사유로든 다음에서 도움을 받으실 수 있습니다: 661-663-6223

신청서를 처리하려면 다음을 수행해야 합니다.

- **가족에 대한 정보 제공**
- **가족의 월 총소득(세금 및 공제 전 소득)에 대한 정보 제공**
- **가구 소득용 증빙 제공**
- **가구 자산용 증빙 제공**
- **필요한 경우, 추가 정보 첨부**
- **양식에 서명 및 날짜 기입**

참고: **재정 지원을 신청하기 위해 사회 보장 번호를 제공할 필요는 없습니다**. 사회 보장 번호를 알려 주신다면, 신청서를 신속히 처리할 수 있습니다. 사회 보장 번호는 본원에 제공된 정보를 확인하는 데 사용됩니다. 사회 보장 번호가 없는 경우 “해당 없음” 또는 “NA”로 표시해 주십시오.

모든 서류와 함께 작성한 신청서를 다음 주소로 우편 또는 팩스로 보내주십시오: Mercy Hospitals Bakersfield, PO Box 1888, Bakersfield, CA 93303. FAX: 661-327-1237. 고객용으로 사본 한 부를 보관해 두십시오.

작성한 신청서를 직접 제출할 경우: *Mercy Hospitals Bakersfield, 2215 Truxtun Avenue, Bakersfield, CA, 93301*

소득 증빙 서류를 포함하여 완전히 작성된 재정 지원 신청서 접수 후 달력일 기준 30 일 이내에, 해당되는 경우 적격성 및 이의 신청 권리에 대한 최종 결정을 고지해 드립니다.

재정 지원 신청서를 제출하심으로써 본원에서 재정적 채무 및 정보 확인용으로 필요한 조회를 하는 데 동의하시게 됩니다.

도움을 드리겠습니다. 즉시 신청서를 제출해 주십시오!

본원에 귀하의 정보가 접수될 때까지는 청구서를 받으실 수 있습니다.

Mercy Hospitals Bakersfield
재정 지원 신청서 – 기밀

모든 정보를 빠짐없이 작성해 주십시오. 해당되지 않는 경우 "NA"로 표기해 주십시오. 필요 시, 추가 페이지를 첨부하십시오.

선별 정보
통역사가 필요하십니까? ▫ **예** ▫ **아니요** *예인 경우, 선호 언어 기재:*
환자는 Medicaid 신청을 했습니까? ▫ **예** ▫ **아니요** *재정 지원을 고려하기 전 신청이 필요할 수 있음.*
환자는 푸드 스탬프 또는 WIC(여성, 유아 및 아동)와 같은 주 공공 서비스를 받습니까? ▫ **예** ▫ **아니요**
환자는 현재 노숙자입니까? ▫ **예** ▫ **아니요**
환자의 의료 진료는 교통 사고 또는 근무 중 상해와 관련이 있습니까? ▫ **예** ▫ **아니요**
환자가 진료를 받은 Dignity Health 또는 CommonSpirit Health 병원 기재:

참고 사항
• 신청하시더라도 재정 지원 수혜를 보장해 드릴 수 없습니다. • 신청서를 제출하신 후 본원에서 모든 정보를 확인하고 추가 정보 또는 소득 증빙을 요청할 수 있습니다.

환자 및 신청인 정보			
환자 이름	환자 중간 이름		환자 성(姓)
생년월일	환자 계정 번호:		환자 사회 보장 번호(선택 사항*)
청구서 납부 책임자	환자와의 관계	생년월일	사회 보장 번호(선택 사항*)
_____ 우편주소 _____ 시 주 우편번호			주요 연락처 ( ) _____ ( ) _____ 이메일 주소: _____

Dignity Health.

청구서 납부 책임자의 고용 상태

□ **고용**(고용일: _____) □ **미취업**(미취업 기간:_____)

□ **자영업** □ **학생** □ **장애인** □ **퇴직자** □ **기타**(_____)

가족 정보

귀하를 포함하여 가구 구성원을 기재해 주십시오. *환자의 가족에 해당하는 사람은 다음과 같습니다.

- 18 세 이상 환자의 경우 - 배우자, 동거인 및 21 세 미만의 부양자녀(동거 여부와 관계없음)
- 18 세 미만 환자의 경우 - 부모, 친척인 보호자, 부모 또는 친척인 보호자의 21 세 미만 자녀

가구 규모 _____ *필요한 경우 추가 페이지 첨부*

이름	생년월일	환자와의 관계	18 세 이상인 경우: 고용주 이름 또는 수입원	18 세 이상인 경우: 총 월 소득(세전):	재정 지원 또한 신청 중이십니까?
					예 / 아니요
					예 / 아니요
					예 / 아니요
					예 / 아니요
					예 / 아니요
					예 / 아니요

모든 성인 가족의 소득을 공개해야 합니다. 수입원의 예는 다음과 같습니다.

- 임금 - 실업 - 자영업 - 산재 보상 - 장애 - SSI

- 자녀 양육비/배우자 위자료 - 직업 교육 프로그램(학생) - 연금 - 퇴직 계좌 소득

- 기타 (*구체적 명시:* _____)

Mercy Hospitals Bakersfield
재정 지원 신청서 – 기밀

소득 정보

주의 사항: 신청서와 함께 소득 증빙을 포함해야 합니다.

가족의 소득 정보를 제공해야 합니다. 재정 지원을 결정하려면 소득 확인이 필요합니다.

18 세 이상의 모든 가구 구성원은 소득을 공개해야 합니다. 확인된 모든 소득원에 대한 증빙 자료를 제공해 주십시오.

소득 증빙의 예는 다음과 같습니다.

- 해당되는 경우, 명세서를 포함한 전년도 소득세 신고서
- "W-2" 원천징수 명세서
- 현 급여명세서(*3 개월*)
- 고용주 또는 타인의 서명이 된 서면 진술
- Medicaid 및/또는 주정부 지원 의료 지원에 대한 적격성 승인/거부
- 실업 수당 적격성 승인/거부

소득 증빙이 없거나 소득이 없는 경우, 기초 생활비(주거, 식료품, 유틸리티 등)를 지원하는 방법을 설명하는 서명이 된 진술서를 추가 페이지로 첨부해 주십시오.

자산 정보

주의 사항: 신청서와 함께 자산 증빙을 포함해야 합니다.

가구 구성원이 소유한 모든 자산에 대한 정보를 제공해야 합니다. 재정 지원을 결정하려면 자산 확인이 필요합니다.

18 세 이상의 모든 가구 구성원은 이용 가능한 재정 자원을 공개해야 합니다. 확인된 모든 자산 출처에 대한 증빙 자료를 제공해 주십시오. 소득 증빙의 예는 다음과 같습니다.

- 현 은행 명세서(가장 최근 3 개월 표시)
    - 당좌 예금 계좌
    - 저축 예금 계좌
- 주식 및 채권을 포함한 투자
- 신탁 기금
- 금융 시장 예금 계좌
- 뮤추얼 펀드

- 자금 인출 시에도 위약금이 부과되지 않는 기타 투자 자금

추가 정보

재정적 곤궁, 과도한 의료비, 계절 소득 또는 임시 소득, 개인적 손실과 같이 본원에서 참고할만한 귀하의 현 재정 상황에 대한 기타 정보가 있는 경우 추가 페이지로 첨부해 주십시오.

환자 동의

본인은 CommonSpirit Health 에서 재정 지원 또는 지불 계획을 위한 적격성을 판단하는 데 도움이 되도록 신용 정보를 검토하고 다른 출처로부터 정보를 취득하여 정보를 확인할 수 있음을 이해합니다.

- 본인은 본인이 제공한 정보가 알고 있는 한 사실이고 정확함을 보증합니다.
- 본인은 독립적으로 또는 병원 직원의 지원을 받아 연방, 주, 지방 정부 및 민간 출처를 통해 본 의료비를 지불하는 데 도움이 될 수 있는 일체의 모든 지원을 신청할 것입니다.
- 본인은 요청된 정보를 제공하는 데 CommonSpirit Health 에 협조하지 않을 경우 신청이 거부될 수 있음을 이해합니다.
- 본인은 제출한 정보가 신용보고 기관을 포함하여 CommonSpirit Health 의 확인을 받고 필요에 따라 연방 및/또는 주정부 기관 및 기타 기관의 심사를 받을 수 있음을 이해합니다.
- 본인은 지원 자격을 얻기 위해 추가 정보가 요청될 수 있음을 이해합니다.

보험사, 산재보상제도 또는 다른 제삼자로부터 지급을 받게 되면 귀하는 이러한 지급에 대해 병원에 알리는 것에 동의합니다. 병원 서비스에 대한 지급금을 제삼자로부터 받을 경우 병원은 원래의 청구금액 전액을 추심할 권리를 보유합니다.

_____ _____

신청인 서명 날짜