

자선 진료/재정 지원 신청서 안내

본 신청서는 Swedish Health Services 재정 지원(자선 진료라고도 함) 신청서입니다.

연방법 및 주법에 따라 모든 병원은 특정 소득 요건을 충족한 사람들과 가정에 재정 지원을 제공해야 합니다. 건강보험을 갖고 있는 분도 가족 규모 및 소득에 따라 무료 또는 할인 의료 서비스 수혜 자격을 얻으실 수 있습니다. 저희 재정 지원 정책과 슬라이드 스케일 지침을 보시려면 <https://www.swedish.org/patient-financial-visitor-info/billing/financial-assistance>에서 병원 웹사이트를 방문해주십시오.

재정 지원은 어디에 적용됩니까? 의료 재정 지원은 자격이 되시는 분에게 저희 조직에 포함된 병원이나 진료소 중 한 곳에서 제공하는 의학적 필수 서비스에 적용됩니다. 다른 조직에서 제공하는 서비스 등 모든 의료 서비스 비용에 재정 지원을 적용할 수 있는 것은 아닙니다.

질문이 있으시거나 도움이 필요하실 경우 이 신청서를 작성해주십시오. 저희 재정 지원 정책, 프로그램 정보, 신청서 자료는 저희 웹사이트에서 확인하시거나 전화를 통해 이용하실 수 있습니다. 장애인 지원과 언어 지원을 포함해 어떠한 사유로든 도움을 받으실 수 있습니다. 요청 시 번역된 문서를 이용하실 수 있습니다. 문의 방법은 다음과 같습니다. <https://www.swedish.org/patient-financial-visitor-info/billing/financial-assistance> 고객 서비스 담당자: 206-320-5300 또는 877-406-0438 월-금 오전 8시에서 오후 6시까지

다음과 같이 하셔야 신청서가 처리됩니다.

- **귀하의 가족 정보를 제공해주십시오**
귀하의 가족 구성원 수를 기입해주십시오(가족에는 출생, 혼인, 또는 입양을 통해 함께 사는 사람들이 포함됩니다)
- **급여명세서, W-2 양식, 소득신고서, 사회보장급여 지급 안내서, 자산 소득 신고서를 포함한 귀하 가족의 월 총소득(세전 및 공제 전 소득)에 대한 정보를 제출하시고 자산 서류를 신고 및 제출해주십시오.**¹(자세한 예시는 재정 지원 신청서 소득 섹션을 참조하십시오)
- **필요할 경우 추가 정보를 첨부하십시오**
- **재정 지원 양식에 서명과 날짜를 기입하십시오**

참고: 재정 지원을 신청하기 위해 사회보장번호를 제공하실 필요는 없습니다. 저희에게 귀하의 사회보장번호를 제공하시면 귀하의 신원을 확인하거나 저희에게 제공된 정보를 검증하는 데 그 사회보장번호를 이용할 수 있습니다. 사회보장번호가 없으시다면 "not applicable(해당사항 없음)" 또는 "NA"에 표시해주십시오.

완성된 신청서를 모든 서류와 함께 다음 주소로 보내주십시오. Swedish Medical Center, Attn: Corporate Business Office, 747 Broadway, Seattle, WA 98122 UNITED STATES OF AMERICA. 사본을 보관해주십시오.

작성하신 신청서를 직접 제출하시려면: 가까운 병원 재정 상담사에 제출하십시오. 저희는 소득 서류를 포함해 완성된 재정 지원 신청서를 받은 날로부터 14일에서 30일 사이에 귀하에게 해당되는 경우 자격 및 이의제기 권리에 대한 최종 결정을 통지해드립니다.

¹ 주법에 따라 금지될 수도 있는 경우를 제외하고 Providence는 메디케어 및 메디케이드 서비스 센터(Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS)에서 메디케어 비용 보고를 위해 필요로 할 경우 자산 관련 정보를 수집 및 심사합니다.



귀하께서 재정 지원 신청서를 제출하시면 재정 의무 및 정보를 확인하기 위해 반드시 거쳐야 하는
조회 과정에 동의하게 됩니다.

저희는 도움을 드리고자 합니다. 귀하의 신청서를 신속히 제출해주십시오. 귀하께서
거주하시는 주의 자선의료법에서 금지하지 않는 한, 완성된 신청서와 필수 서류가 저희에게
도착하기 전까지는 귀하에게 계속 청구서가 발송될 수 있습니다.



SWEDISH

Extraordinary care. Extraordinary caring.™

자선 의료/재정 지원 신청서 - 기밀

모든 정보를 빠짐 없이 작성해주시십시오. 해당 사항이 없는 경우 "NA"라고 써주시십시오. 필요할 경우 추가 페이지를 첨부하십시오.

선별 정보

통역자가 필요하십니까? 예 아니요 *예라고 대답하셨다면 선호하시는 언어를 써주시십시오.*

환자가 메디케이드를 신청했습니까? 예 아니요 환자가 시각장애인입니까? 예 아니요 환자가 장애인입니까? 예 아니요

환자가 TANF, Basic Food 또는 WIC와 같은 주 공공 서비스를 받고 있습니까? 예 아니요

환자가 현재 노숙자입니까? 예 아니요

환자에게 교통사고 또는 산업 재해에 관련된 진료が必要합니까? 예 아니요

참고

- 신청을 했다고 해서 재정 지원 수혜 자격을 반드시 갖게 되리라는 보장은 없습니다.
- 신청서를 보내주시면 저희가 신청서에 기재된 모든 정보를 확인한 후 추가 정보 또는 소득 증빙자료를 요청드릴 수도 있습니다.
- 저희는 완성된 신청서와 서류를 받은 날로부터 14일에서 30일 이내에 귀하에게 저희 결정 사항을 통지해드립니다.

환자 및 신청인 정보

환자 이름	환자 중간 이름		환자 성
<input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여 <input type="checkbox"/> 기타(구체적으로 적어주시십시오 _____)	생년월일		환자 사회보장번호 (선택)
청구서 요금 납부를 책임지는 사람	환자와의 관계	생년월일	사회보장번호 (선택)
우편 주소 _____ _____			주 연락처 번호 () _____ () _____ 이메일 주소: _____
시	주	우편번호	

청구서 요금 납부를 책임지는 사람의 고용 상태

- 취업(채용일): _____ 무직(무직 기간): _____
 자영업 학생 장애 퇴직 기타 _____



SWEDISH

Extraordinary care. Extraordinary caring.™

가족 정보

귀하를 포함한 가족 구성원들을 적어주십시오. "가족"에는 출생, 결혼, 또는 입양을 통해 함께 살고 있는 사람들이 포함됩니다.

가족 규모 _____

필요할 경우 추가 페이지를 첨부하십시오

이름	생년월일	환자와의 관계	18세 이상인 경우: 고용주 이름 또는 소득 출처	18세 이상인 경우: 총 월소득(세전):	재정 지원도 신청하십니까 ?
					예 / 아니요
					예 / 아니요
					예 / 아니요
					예 / 아니요

모든 성인 가족의 소득을 공개해야 합니다. 소득원에는 다음이 포함됩니다.

급여 - 실업수당-자영업보상금-산재보험-장애-SSI-자녀/배우자 지원금-근로학생 프로그램(학생)- 자산에서 발생한 소득, 예:주식, 채권, IRA, 뮤추얼 펀드, 임대 소득 등.

자선 의료/재정 지원 신청서 - 기밀

소득 정보

다음은 기억하십시오. 신청서와 함께 소득 증빙자료도 제출하셔야 합니다.

가족 소득에 대한 정보를 제공하셔야 합니다. 재정 지원을 결정하기 위해서는 소득 검증이 필요합니다. 18세 이상 모든 가족 구성원은 자신의 소득을 공개해야 합니다. 서류를 제공하실 수 없다면, 자신의 소득을 설명하고 서명한 진술서를 제출하는 방법도 있습니다. 확인된 모든 소득원의 증빙자료를 제공해주십시오. 소득 증빙자료를 예로 들면 다음과 같습니다.

- "W-2" 원천징수 증명서, 또는
- 현재 급여명세서(3개월), 또는
- 필요한 경우 별표(schedule)를 포함한 작년 소득세 신고서, 또는
- 고용주 등이 작성하고 서명한 증명서, 또는
- 자산에서 발생한 소득 증명서(주식, 채권, IRA, 뮤추얼 펀드 등), 또는
- 실업 수당 자격 승인/거부.

소득 또는 무소득에 대한 증빙 자료가 없으실 경우 페이지를 추가하여 설명을 작성해주십시오.

지출 정보

저희는 이 정보를 이용하여 귀하의 재정 상황을 더 완전하게 파악하고자 합니다.

월 필수 생활비:

임대료/모기지	\$ _____	의료비	\$ _____
의료보험료	\$ _____	공과금	\$ _____
기타 채무/지출 \$ _____	(자녀 양육비, 대출, 의료비 등)		

자산 정보

이 정보는 저희 정책 및 귀하께서 진료를 받으시는 주의 규정에 따라서만 이용할 수 있으며 메디케어 및 메디케이드 서비스 센터(Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS)에서 메디케어 비용 보고를 위해 필요로 할 경우 수집 및 심사됩니다.

현재 당좌예금 잔액

\$ _____

현재 저축예금 잔액

\$ _____

귀하의 가족은 다음과 같은 다른 자산을 갖고 있습니까? 해당하는 모든 항목에 표시해 주십시오

- 주식 채권 401K 건강 저축 계좌 신탁
 부동산(기본 거주지 제외) 사업체 소유

추가 정보

금전적 어려움, 과도한 의료비 지출, 계절 또는 일시적 소득, 개인적 손실 등 저희에게 말씀하실 귀하의 현재 자산 상황에 대한 다른 정보가 있다면 추가 페이지를 첨부해주십시오.

환자 동의

본인은 Swedish Health Services가 재정 지원 또는 지급 계획에 대한 자격을 결정할 때 참고하기 위해 신용 정보 및 다른 출처에서 얻은 정보를 검토하여 정보 검증을 할 수 있음을 이해합니다.

본인은 본인이 알고 있는 한 위 정보가 정확한 사실임을 확인합니다. 본인은 본인이 제공한 재정 정보가 거짓으로 확인될 경우 재정 지원이 거부될 수 있고 제공된 서비스에 대한 대금을 본인이 부담하고 납부해야 할 수 있음을 이해합니다.

신청인 서명 _____

날짜 _____