

## 자선 치료/재정 지원 요청

환자와 가족분께,

저희는 저희의 사명과 핵심 가치를 준수하며 사람들의 지불 능력에 관계 없이 의료 서비스를 제공하기 위해 최선을 다하고 있습니다.

### 자선 치료/재정 지원:

의료비를 감당하기 어려울 수 있습니다. 의료 서비스의 일부 또는 전부를 지불하기 힘든 환자는 이 양식을 작성하고 반환하여 재정 지원을 신청할 수 있습니다. 특정한 소득 요건을 충족하는 환자 및 가족들은 의료 보험이 있더라도 가족의 규모 및 소득에 기준하여 무료 치료 또는 감액된 치료에 대한 자격이 될 수 있습니다.

저희의 재정 지원 정책 및 단계별 지침에 대해 살펴보기 위해 거주자용 주 웹 사이트를 방문해 주십시오:

<http://www.swedish.org/patient-visitor-info/billing/financial-assistance>

**재정 지원은 무엇을 보장합니까?** 재정 지원은 자격에 따라 저희 병원의 부서 중 한 군데에서 제공하는 의료적으로 필요한 서비스를 보장합니다. 재정 지원은 다른 조직에서 제공하는 서비스를 포함하여 모든 치료 비용을 보장하지 않을 수도 있습니다.

**질문이 있거나 도움이 필요한 경우 이 신청서를 작성하십시오:** 재정 지원 정책, 프로그램에 대한 정보 및 신청 자료는 저희 웹 사이트 또는 전화를 통해 구할 수 있습니다. 장애 및 언어 지원 등 사유가 있는 경우 도움을 받을 수 있습니다. 다음에 연락 방법이 있습니다:

<http://www.swedish.org/patient-visitor-info/billing/financial-assistance>

고객 서비스 담당자: 206-320-5300번 또는 877-406-0438번, 월요일~금요일, 오전 8:00~오후 6:00

### 신청서 처리를 위해 다음 정보를 제공해야 합니다:

- **가족에 대한 정보**  
가구에 있는 가족 수를 적어주십시오(함께 거주하는 출생, 결혼 또는 입양과 관련된 사람을 포함하는 가족)
- **가족의 총 월 소득에 대한 정보(세금 및 공제 전 소득)**
- **자산 정보(재정 지원 신청 양식에 나열된 바와 같이)**
- **필요한 경우 추가 정보 첨부**
- **재정 지원서 서명 및 날짜**

#### **\*\*소득 원천의 검증 필요\*\***

신청서와 함께 다음 서류를 제출해 주십시오:

- 3개월치 직장 급여 명세서
- 모든 가족에 대한 최근의 세금 신고서
- 재정 지원 신청서 양식에 기재된 바와 같이 기타 소득 원천에 대한 증빙을 제공해 주십시오

**참고:** 재정 지원을 신청하기 위해 사회 보장 번호를 제공할 필요가 없습니다. 사회 보장 번호를 제공하는 경우 신청서를 신속하게 처리하는 데 도움이 됩니다. 사회 보장 번호는 병원에 제공된 정보를 검증하는 데 사용됩니다. 사회 보장 번호가 없는 경우 “해당 없음” 또는 “NA”에 표시해 주십시오.

**모든 서류와 함께 작성을 완료한 신청서를 다음 주소로 우편 발송해 주십시오(서류 사본을 보관해 주십시오):**

<http://www.swedish.org/patient-visitor-info/billing/financial-assistance>

Swedish Medical Center

Attn: Corporate Business Office

747 Broadway, Seattle WA 98122

**작성 완료한 신청서를 직접 제출하는 방법:** 가까운 병원 출납계에 제출하십시오

소득 증빙을 포함하여 작성된 재정 지원 신청서를 접수한 후 14일 이내에 최종 자격 결정 또는 이의 제기 권리(해당하는 경우)를 통지할 것입니다.

재정 지원 신청서를 제출함으로써 재정적 의무 및 정보를 확인하기 위해 필요한 질문에 대해 동의하게 됩니다.

**도움을 드리고 싶습니다. 신청서를 즉시 제출해 주십시오!  
귀하의 정보를 받을 때까지 귀하가 청구서를 받을 수 있습니다.**

## 자선 치료/재정 지원 신청서 - 기밀

모든 정보를 완전히 작성해 주십시오. 해당하지 않는 경우, "NA"를 적어주십시오. 필요 시 추가 페이지를 첨부해 주십시오.

### 선별 정보

통역가가 필요하십니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 '예'인 경우, 선호 언어를 적어주십시오:
환자가 Medicaid를 신청했습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 재정 지원을 고려하기 전에 신청해야 될 수 있습니다
환자가 TANF, 기본 식품(Basic Food), 또는 WIC 등 주 공공 서비스를 받고 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
환자가 현재 노숙 상태입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
환자의 의료적 치료가 자동차 사고 또는 산업 재해와 관련되어 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요

### 참조 바랍니다

- 귀하가 신청하더라도 재정 지원에 대한 자격이 된다고 병원은 보장하지 않습니다.
- 신청서를 발송하면 병원은 모든 정보를 확인할 것이며, 추가 정보 또는 소득 증빙을 요청할 수 있습니다.
- 작성이 완료된 신청서 및 서류를 접수한 후 14일 이내에 귀하가 지원 자격이 되는지 통지할 것입니다.

### 환자 및 신청자 정보

환자 이름	환자 중간 이름	환자 성
<input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> 여성 <input type="checkbox"/> 기타(적어주십시오 _____)	생일	소셜시큐리티 번호(선택 사항*) <small>*선택 사항이지만 주 법률 요건 이상의 관대한 지원을 위해 필요함</small>
청구서 지불 책임자	환자와의 관계	생일
		소셜시큐리티 번호(선택 사항*) <small>*선택 사항이지만 주 법률 요건 이상의 관대한 지원을 위해 필요함</small>
우편 주소 _____ _____		주요 연락처 번호 ( ) _____ ( ) _____ 이메일 주소: _____
시	주	우편 번호
청구서 지불 책임자의 고용 상태 <input type="checkbox"/> 취업 (취업 날짜: _____) <input type="checkbox"/> 실직(실직 상태 기간: _____) <input type="checkbox"/> 자영업 <input type="checkbox"/> 학생 <input type="checkbox"/> 장애 <input type="checkbox"/> 은퇴 <input type="checkbox"/> 기타(_____)		

### 가족 정보

귀하를 포함한 가구에 포함된 가족을 기재해 주십시오. "가족"은 함께 거주하는 출생, 결혼 또는 입양과 관련된 사람을 포함합니다.

가족 규모 \_\_\_\_\_ 필요한 경우 추가 페이지를 부착하십시오

이름	생일	환자와의 관계	18세 이상의 경우: 고용주 이름 또는 소득 원천	18세 이상의 경우: 총 월 소득(세전):	재정 지원을 신청하시겠습니까?
					예/아니요
					예/아니요
					예/아니요
					예/아니요

모든 성인 가족의 소득을 공개해야 합니다. 소득 원천의 예:  
- 임금 - 실직 - 자영업 - 근로자 보상 - 장애 - SSI - 자녀/배우자 지원 - 워크스터디 프로그램(학생)

- 연금 - 은퇴 계정 배급 - 기타(적어 주십시오\_\_\_\_\_)

# 자선 치료/재정 지원 신청서 - 기밀

## 소득 정보

*중요 사항: 신청서와 함께 소득 증빙을 동봉해야 합니다.*

가족의 소득에 대한 정보를 제공해야 합니다. 재정 지원을 결정하기 위해 소득 검증이 필요합니다.

**18세 이상의 모든 가족의 소득을 공개해야 합니다. 서류를 제출할 수 없는 경우 소득을 설명하는 서명 포함 서면 진술서를 제출할 수 있습니다. 확인된 모든 소득 원천 증빙을 제공해 주십시오.**

소득 증빙의 예:

- "W-2" 원천 징수 영수증, 또는
- 현재 급여 명세서(3개월), 또는
- 해당하는 경우 명세서를 포함하여 작년의 세금 신고서, 또는
- 서명 포함 고용주 등의 서면 진술서, 또는
- Medicaid 및/또는 주 재정 지원 의료 지원의 승인서/거부서, 또는
- 실직 급여 자격 승인서/거부서.

소득 증빙 또는 소득이 없는 경우, 설명을 포함하는 추가 페이지를 부착해 주십시오.

## 비용 정보

*이 정보는 귀하의 재정 상황에 대한 보다 완전한 계획을 세우기 위해 사용됩니다.*

월 가구 비용:

임대료/모기지 \$ _____	의료 비용 \$ _____
보험료 \$ _____	유틸리티 \$ _____
기타 채무/비용 \$ _____	(자녀 보조금, 대출금, 의약품 등)

## 자산 정보

*귀하의 소득이 연방 빈곤 지침의 200% 이상인 경우 이 정보를 사용할 수 있습니다.*

현재 체크어카운트 잔액

\$ \_\_\_\_\_

현재 세이빙즈어카운트 잔액

\$ \_\_\_\_\_

가족이 다른 자산을 소유하고 있습니까?

**해당하는 모든 항목에 체크하십시오**

- 주식  채권  401K  건강 예금 계좌  신탁  
 부동산(주 거주지 제외)  사업체 소유

## 추가 정보

재정적 어려움, 계절적 또는 일시적인 소득, 또는 개인 손실 등 현재의 재정 상황에 대한 다른 정보를 알리고 싶은 경우 추가 페이지를 첨부하십시오.

## 환자 동의

본인은 Swedish Health Services가 재정 지원 또는 지불 계획에 대한 자격을 결정하도록 돕기 위해 신용 정보를 검토하고 다른 원천으로부터 정보를 획득하여 정보를 검증할 수 있음을 이해합니다.

본인은 위의 정보가 본인의 최선의 지식 범위에서 진실하고 정확하다는 것을 확인합니다. 본인이 제공한 정보가 허위로 판정되는 경우, 재정 지원이 거부될 것이며, 제공된 서비스에 대한 지불 책임이 있으며 지불할 것임을 이해합니다.

신청인 서명

날짜