

재정 지원 신청서 안내

이 양식은 PeaceHealth의 재정 지원(자선 진료라고도 함) 신청서입니다.

PeaceHealth는 특정 소득 요건을 충족하는 사람과 가족에게 주 및 연방 요건에 따른 재정 지원을 제공합니다. 건강 보험이 있더라도 가계 규모와 소득에 따라 무료 진료나 할인 진료 대상에 해당할 수 있습니다.

PeaceHealth의 재정 지원 정책과 더 자세한 정보를 보길 원하시면 peacehealth.org에 방문해 주십시오.

재정 지원에는 무엇이 포함됩니까?

병원 재정 지원은 귀하의 자격 여부에 따라 PeaceHealth가 제공하는 병원 관련 서비스에 적용됩니다. 하지만 다른 기관에서 제공하는 서비스까지 포함한 모든 의료 비용은 해당하지 않을 수 있습니다.

질문 또는 신청서 작성 도움 요청: 고객 서비스(877-202-3597)로 문의해 주십시오. 장애 및 언어 지원을 포함한 어떤 이유로든 도움을 제공합니다.

신청서 처리를 위해 제출해야 하는 정보 및 서류:

- 가구 정보
- 가족 구성원 수(가족은 출생, 결혼, 입양을 통해 함께 사는 사람)
- 가구 월 총소득(세금 및 공제 전 소득)에 관한 정보
- 가구 소득 증빙 서류
- 필요에 따른 추가 서류
- 양식에 서명 후 날짜 기재

참고: 재정 지원 신청을 위해 사회 보장 번호를 제공할 필요는 없습니다. 사회 보장 번호 제공 시 신청서를 더 빠르게 수리할 수는 있습니다. 사회 보장 번호는 병원에 제공된 정보를 확인하는 데 사용됩니다. 사회 보장 번호가 없다면 'not applicable'(해당 없음) 또는 'NA'라고 기재해 주십시오.

작성한 신청서와 모든 서류를 다음 주소로 우편, 이메일 또는 팩스로 보내주십시오. 우편: PeaceHealth Patient Financial Services, PO Box 748632, Los Angeles, CA 90074-8632. 이메일: financialassistance@peacehealth.org 팩스: (360) 729-3047 꼭 사본을 별도로 보관하십시오.

작성한 신청서 직접 제출: 고객 서비스(877-202-3597)로 가장 가까운 제출 지점을 문의해 주십시오.

소득 증빙 서류를 포함해 작성이 완료된 재정 지원 신청서를 받은 후, 해당하는 경우에 한해 역일 기준 14일 이내에 적격성 최종 결정과 재심사 요청 권리에 관한 내용을 통지합니다.

재정 지원 신청서를 제출함으로써 병원이 신청자의 재정적 의무와 정보를 확인하는 데 필요한 문의를 할 수 있다고 동의하게 됩니다.

병원은 도움을 드리고 싶습니다. 신청서를 바로 제출해 주시기 바랍니다! 귀하의 정보가 접수될 때까지는 청구서가 발송될 수 있습니다.

PeaceHealth 재정 지원 신청서 양식 - 기밀

각 질문에 답해 주십시오. 해당하지 않는 경우에는 'NA'라고 기재해 주십시오. 필요하다면 추가 서류를 첨부해 주십시오.

작성을 완료한 신청서를 우편(PEACEHEALTH, PO BOX 748632, LOS ANGELES, CA 90074-8632)으로 보내주십시오.

심사 정보

통역사가 필요합니까? 예 아니요 '예'인 경우 선호하는 언어(영어로 기재): _____

환자가 Medicaid, 어려운 가정을 위한 임시 지원(Temporary Assistance for Needy Families, TANF), 기본 식량(Basic Food), 여성, 유아, 어린이 영양 제공 프로그램(Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children, WIC)과 같은 주 정부 공공 지원 서비스를 받고 있습니까? (선택 사항) 예 아니요

환자가 현재 노숙자입니까? 예 아니요 환자에게 필요한 의료 서비스가 자동차 사고나 산업 재해와 관련이 있습니까? 예 아니요

유의 사항

- 신청하는 것만으로 재정 지원 대상 자격이 보장되지는 않습니다.
- 신청서를 보내시면 당사에서 모든 정보를 확인한 후 추가 정보나 소득 증명을 요청할 수도 있습니다.

환자와 신청자 정보

환자 이름	환자 중간 이름	환자 성
<input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> 여성 <input type="checkbox"/> 기타 명시 필요:	생년월일	사회 보장 번호(필수 아님)
청구액 지급 책임자	환자와의 관계	생년월일 참고: 재정 지원 신청을 위해 사회 보장 번호를 제공할 필요는 없습니다
우편 주소	주요 연락처(복수 기재 가능)	
시	주	우편 번호 _____) _____ 이메일 주소:

청구액 지급 책임자의 고용 상태

재직 중 고용 날짜:
 자영업자 학생 장애인

무직 무직 기간:
 은퇴자

기타:

가족 정보

귀하를 포함한 가족 구성원을 적어 주십시오. '가족'에는 출생, 결혼, 입양을 통해 함께 사는 사람이 포함됩니다. 가족 구성원 수 필요한 경우 추가 용지를 사용하십시오.

이름	생년월일	환자와의 관계	18세 이상인 경우: 고용주 이름 (복수 가능) 또는 소득원	18세 이상인 경우: 총 월 총소득(세금 계산 전):	재정 지원도 신청하십니까?

모든 성인 가족 구성원의 소득을 공개해야 하며 작성이 완료된 신청서에 증빙 서류를 첨부해야 합니다. 소득원의 예는 다음과 같습니다.

■ 임금 ■ 실업 ■ 자영업 ■ 산재 보험 ■ 장애 ■ 생활 보조금(Supplemental Security Income, SSI) ■ 양육/배우자 수당 ■ 학생 근무(Work study) 프로그램(학생 신분) ■ 연금 ■ 퇴직금 인출 ■ 기타 설명 기재:

추가 정보

재정적 어려움, 과도한 의료비, 단기 또는 일시 소득, 개인적 손실 등 당사에 알리고 싶은 귀하의 현재 재정 상황에 관한 정보가 또 있다면 추가 용지를 사용하십시오.

환자 동의

- 본인은 PeaceHealth가 재정 지원 자격을 판단하고 납부 방식을 결정하는 과정에서 필요한 신용 정보를 검토하고 다른 출처를 통해 정보를 확인할 수 있다는 점을 이해합니다.
- 위에 제시한 정보가 본인이 아는 한 사실이며 올바르다는 점을 확인합니다. 본인이 제공한 정보가 허위로 밝혀질 경우 결과적으로 재정 지원이 거부될 수 있으며 제공된 서비스에 책임을 지고 비용을 지급하게 된다는 점을 이해합니다.
- 귀하는 재정 지원 신청서를 제출함으로써 당사가 귀하의 재정적 의무와 정보를 확인하는 데 필요한 문의를 할 수 있다고 동의하게 됩니다.

신청자 서명

날짜

궁금한 점이 있거나 이 신청서를 작성하는 데 도움이 필요하다면, 고객 서비스(877-202-3597)로 문의해 주십시오. 장애 및 언어 지원을 포함해 어떤 이유로든 도움을 받을 수 있습니다. PeaceHealth의 재정 지원 정책과 더 자세한 정보를 보길 원하시면 peacehealth.org에 방문해 주십시오.

작성을 완료한 신청서를 우편(PEACEHEALTH, PO BOX 748632, LOS ANGELES, CA 90074-8632)으로 보내주십시오.