



자선 진료/재정 지원 신청서 - 기밀 사항입니다.

모든 항목을 빠짐없이 작성해 주십시오. 해당 사항이 없으면 “NA”라고 기입하십시오. 필요한 경우 추가 페이지를 첨부하십시오.

심사 정보	
통역사가 필요하십니까? ☐ 예 ☐ 아니오 ‘예’인 경우, 선호하는 언어를 기재해 주십시오:	
환자가 Medicaid에 신청했습니까? ☐ 예 ☐ 아니오	
환자가 TANF, Basic Food, WIC와 같은 주 정부 공공 지원 서비스를 받고 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니오	
환자는 현재 노숙자입니까? ☐ 예 ☐ 아니오	
환자의 의료적 필요는 교통사고나 업무상 부상과 관련이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니오	
참고 사항	
- 신청을 하더라도 재정 지원을 받을 자격이 있다고 보장할 수는 없습니다. - 신청서를 제출하시면, 저희가 모든 정보를 확인한 후 누락된 정보가 있을 경우 해당 정보를 요청할 수 있습니다. - 이 신청서는 자선 진료(무료 진료) 및 할인 진료의 수혜 자격 여부를 판단하는 데 사용됩니다. 단순히 ‘할인 진료’만 신청할 경우, ‘자선 진료’를 통해 받을 수 있는 금액보다 적은 재정 지원을 받게 될 수 있습니다.	

환자 및 신청자 정보			
환자의 이름	환자의 중간 이름		환자의 성
☐ 남성 ☐ 여성 ☐ 기타 (구체적으로 기재 가능) _____	생년 월일 _____	☐ 미혼 ☐ 기혼 ☐ 이혼 ☐ 법적 별거 ☐ 사별(여성) ☐ 사별(남성)	환자의 사회보장번호(선택 사항)
기관:	서비스 일자:	진료 번호	선호하는 연락 방법: ☐ 이메일 ☐ 전화 ☐ 우편
청구서 납부 책임자	환자와의 관계	생년월일	사회보장번호(선택 사항)
우편 주소			주요 연락처 () _____ () _____ 이메일 주소: _____
도시	주	우편번호	
청구서 납부 책임자의 고용 상태 ☐ 재직 중(입사일: _____) ☐ 실업자(실업 기간: _____) ☐ 자영업자 ☐ 학생 ☐ 장애인 ☐ 은퇴자 ☐ 기타(기타인 경우, 이유를 기재해 주십시오): _____			

가족 정보

본인을 포함하여 같은 가구에 거주하는 가족 구성원을 기재하십시오.

캘리포니아 및 하와이 거주 환자분의 경우: 가족의 정의는 다음과 같습니다: (i) 18세 이상인 경우, 배우자, 동거 파트너, 21세 미만의 부양 자녀(장애가 있는 경우 연령 제한 없음)(동거 여부 무관), (ii) 18세 미만 경우 또는 18세 이상 20세 미만인 부양 자녀의 경우, 부모, 보호자 역할을 하는 친족, 해당 부모나 보호자 역할을 하는 친족의 21세 미만 자녀(장애가 있는 경우 연령 제한 없음).

오리건주 환자분의 경우: ‘가구’란 다음을 의미합니다:

(A) 단독 개인, 또는 (B) 함께 거주하는 배우자, 동거인 또는 부모 및 18세 미만의 자녀 및 단독 개인, 배우자, 동거인 또는 부모가 재정적으로 책임이 있는 기타 개인.

가구/가족 구성원 수 _____

성명	생년월일	환자와의 관계	만 18세 이상인 경우: 고용주명 또는 소득원	만 18세 이상인 경우: 월 총 소득(세전):	재정 지원 신청 여부
					(예/아니오)
					(예/아니오)
					(예/아니오)

필요한 경우 추가 페이지를 첨부하십시오.

모든 성인 가족 구성원의 소득을 반드시 신고해야 합니다. 수입원으로는 예를 들어 다음과 같은 항목이 포함됩니다.

- 임금 - 실업 - 자영업 - 산재 보상 - 장애 - SSI
- 자녀/배우자 부양비 - 근로 장학 프로그램(학생 대상) - 연금 - 퇴직 연금 계좌 인출금
- 기타 (사유를 기재해 주십시오)

소득 정보

유의사항: 신청서 제출 시 소득 증빙 서류를 반드시 첨부해야 합니다.

가족의 소득에 대한 정보를 반드시 제공해야 합니다. 재정 지원 여부를 결정하기 위해서는 소득 확인이 필요합니다.

만 18세 이상의 모든 가족 구성원은 자신의 소득을 신고해야 합니다. 증빙 서류를 제출할 수 없는 경우, 소득 내역을 기재한 진술서에 서명을 하여 제출할 수 있습니다.

재정 지원 자격 심사를 위해 제출해야 하는 소득 증빙 서류는 다음과 같습니다.

- o 환자에게 최초 청구서가 발송되기 전후 6개월 이내의 최근 가구 급여 명세서(또는 신청서 제출 시점이 서비스 제공 전인 경우 해당 시점의 명세서) 또는
- o 환자에게 최초 청구서가 발송된 해 또는 그보다 12개월 전의 환자 및 배우자 또는 동거인의 연방 소득세 신고서(양식 1040) 사본

원하신다면 다른 형태의 소득 증빙 서류를 제출하실 수 있으나, Adventist Health에서는 별도의 소득 증빙 서류를 요구하지 않습니다. 예를 들어, 소득 증빙 자료가 없거나 소득이 없는 경우, 설명이 담긴 추가 페이지를 첨부할 수 있습니다.

제3자 배상 책임

귀하의 서비스와 관련하여 제3자에게 책임이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니오

‘예’인 경우, 해당 제3자를 명시해 주십시오: _____

지출 정보(선택 사항)

저희는 이 정보를 활용하여 귀하의 재정 상황을 보다 종합적으로 파악합니다.

월별 가계 지출:

임대료/주택담보대출	\$ _____	의료비	\$ _____
보험료	\$ _____	공과금	\$ _____
기타 부채/지출	\$ _____	(자녀 양육비, 대출, 약값, 기타)	

추가 정보(선택 사항)

경제적 어려움, 과도한 의료비, 계절적 또는 일시적인 소득, 개인적 손실 등 현재 귀하의 재정 상황에 대해 저희에게 알리고 싶은 다른 정보가 있다면, 별도의 페이지를 첨부해 주십시오.

환자 동의서

본인은 Adventist Health가 재정 지원 또는 분할 납부 계획의 자격 여부를 결정하는 데 도움이 되도록 신용 정보를 검토하거나 다른 출처로부터 정보를 수집하여 해당 정보를 확인할 수 있다는 점을 이해합니다.

본인은 본인이 아는 한, 상기 정보가 사실이며 정확함을 확인합니다. 본인이 제공한 재정 정보가 허위로 판명될 경우, 재정 지원이 거부될 수 있으며, 제공받은 서비스에 대한 비용을 본인이 직접 부담해야 할 책임이 있고 해당 비용을 지불해야 할 수도 있음을 이해합니다.

신청자 서명

날짜

제출 방법

문의 사항이 있으시면 전화 888-233-7868번으로 연락하십시오.

작성 완료된 양식을 다음 주소로 보내주십시오:

Adventist Health
Attn: CFAC
PO Box 223849, Dallas, TX 7522-3849

또는

작성 완료된 양식을 다음 이메일 주소로 보내주십시오:

CFAC@coniferhealth.com