

First Hill SURGERY CENTER

환자와 가족 여러분께,

진료비 납부에 어려움을 느끼실 수 있습니다. First Hill 수술 센터는 무이자 납부 플랜 옵션 또는 재정 지원 할인 수혜 자격이 있는지 확인하기 위해 환자와 협력합니다. 재정지원 보조를 받는다면, 지불할 잔액의 일부나 전액을 감면받을 수도 있습니다.

재정지원을 받을 자격이 되는지 평가받고자 하시면 다음 서류를 제출해 주십시오.

1. 작성 및 서명된 재정지원 요청서.
2. 가족/가구 소득 확인서(아래는 귀하의 소득을 증명하기 위해 보내야 할 몇 가지 항목의 예입니다).
 - a. 최근 2 건의 급여 명세서
 - b. 이전 분기의 손익 계산서
 - c. 공적 지원 승인 또는 거부 통지서
 - d. 사회보장 혜택 통지서
 - e. 최근 연도의 세금 신고서
3. 소득이 없음을 주장하거나 귀하의 자격에 영향을 미칠 수 있다고 생각되는 기타 사정이 있으면, 그에 대한 해명서를 첨부하십시오. 본인이 아닌 타인이 귀하의 식비 및 주거비를 부담하고 있다면, 해당인이 쓴 해명서를 첨부하십시오. 소득원이 없었던 기간도 기재하십시오.
4. 연방 빈곤 기준선의 100% 이상에 해당하는 가구는 가용 자산을 입증하는 서류가 필요할 수도 있습니다. 가장 최신 연방 빈곤 기준선은 저희 웹 사이트 <http://www.firsthillsurgerycenter.com/>을 방문하거나 재정 상담사에게 연락하여 확인하실 수 있습니다.

신청서와 입증 서류를 가능한 한 빨리 보내주셔야 귀하의 진료비 잔액을 해결하는 데 도움을 드릴 수 있습니다. FHSC 에는 도움이 필요한 사람에게 도움을 줄 수 있는 재정 상담사가 상주하고 있습니다.

재정지원을 받는다 하더라도 FHSC 기관에 해당하는 자격 대상 진료비만 보장된다는 점을 유의하십시오. 이 경우에는 타 의료기관, 병원 또는 의사단체의 진료비에는 적용되지 않습니다. 해당 단체의 재정지원 방법은 타 의료단체에 직접 문의하시기 바랍니다.

재정지원 신청 시, 저희가 필요에 따라 귀하의 채무나 증빙 서류를 조사하는 것에 동의하시게 됩니다.

신청 서류는 해당 부서에 아래 주소로 방문 제출하시거나 우편으로 발송해 주십시오.

환자 재정 서비스
Attn: 재정 상담사(Financial Counselors)
1145 Broadway
Seattle WA 98122

재정지원 신청서

I. 환자 정보

환자 이름	성	이름	미들네임	집 전화
주소	도로명	시	주	우편번호
직장 전화				
생년월일	1차 진료 의사(PCP)			미국 시민권자 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 시민권자가 아닌 경우, 저희 병원의 재정지원 외에도 특별 메디케이드 프로그램에 신청할 수 있도록 도와드릴 수도 있습니다.

II. 보증인 정보 (진료비 지불 책임자)

진료비 지불 책임자 이름	환자와의 관계			
주소	도로명	시	주	우편번호
생년월일				
전화번호	집	직장		

아직 진료를 받지 않은 상태에서 사전 심사 신청을 하시는 경우 이 항목에 체크해 주십시오.

내과의 또는 외과의 추천을 받았습니까? 예 아니요

그렇다면, 의사의 이름과 전화번호를 기재해 주십시오 _____

III. 가구 정보 - 본인을 포함하여 가정에서 함께 사는 모든 사람을 표시해 주십시오. 필요하면 추가 지면을 사용해주십시오

가정에 살고 있는 모든 사람을 기재해 주십시오(본인 포함). 소득에 포함되는 사항: (세전) 급여, 자녀 양육 수당, 별거 수당, 임대소득, 실업 급여, 사회보장 혜택, 공적/정부 지원, 제공되는 서비스와 거래되는 임차료 또는 생계비, 퇴직연금, 주식, 채권 등에서 나오는 자금.

가구 구성원 이름	연령	환자와의 관계	소득원 또는 고용주 이름	월 총소득 서비스 날짜 이전	보험 가입 여부? (예 또는 아니요 동그라미) 예라고 답변하신 경우, 보험회사를 기재하십시오. (예: Blue Cross, UHC 등)
1.					예 또는 아니요
2.					예 또는 아니요
3.					예 또는 아니요
4.					예 또는 아니요
5.					예 또는 아니요
6.					예 또는 아니요
7.					예 또는 아니요
8.					예 또는 아니요

뒷장에 계속.

IV. 지출 및 자산

이 정보는 귀하의 가족 수와 소득을 기초로 하여 저희의 표준 재정지원 할인 대상자가 아닌 경우에 장기 분할 납부나 할인 예외적으로 귀하에게 도움을 드리기 위해 사용됩니다. 신청서 처리에 추가 정보나 입증 서류가 요구될 수도 있습니다. 그런 경우에는 귀하에게 연락을 드리겠습니다.

집세 또는 대출 상환액 _____
공과금 _____
자동차 할부금 _____
월 자녀 양육비 _____
의료보험료 _____
월 약품 또는 의료용품비 _____
당좌계좌 잔액 _____ 예금계좌 잔액 _____

정규 학생입니까? 예 아니요

부모 또는 다른 사람의 지원을 받고 있습니까? 예 아니요

그렇다면, 귀하를 지원하고 있는 사람의 소득 정보를 기재해 주십시오.

본인의 개인 사정에 대한 해명서를 쓰신다면, 본 양식서에 첨부하여 주십시오.

VI. 허가

본인은 재정 상태 설문에 대한 상기 정보가 본인이 아는 바에 따라 정확하고 빠짐없다는 것을 증명합니다. 본인은 First Hill 수술 센터가 본인이 제공한 모든 정보를 확인하는 것을 허가합니다.

X

지불 책임자의 서명

날짜