

Ascension

환자/신청인 귀하,

Ascension 은 온정을 기반으로 운영되고 있으며 모든 사람들, 특히 의료를 가장 필요로 하는 사람들을 위한 개인 맞춤 진료를 제공하기 위해 헌신하고 있습니다. 환자들에게 재정적인 지원을 하는 것은 본원의 사명이자 특권입니다. 재정 지원은 응급 치료 및 기타 의학적으로 필요한 치료에만 제공될 수 있습니다. 귀하와 귀하의 가정에 필요한 모든 의료적 진료를 위해 본원을 신뢰해주셔서 감사합니다.

귀하의 요청으로 이 서신과 첨부된 재정 지원 신청서를 보내드립니다. 요청하지 않으신 경우, 무시해 주십시오. 제출하기 전에 귀하의 서명 및 날짜를 포함하여 양면의 공란을 모두 작성해 주십시오. 지난 6 개월 이내에 신청 이력이 있으시고 재정 지원을 승인받으셨다면, 알려주십시오. 신청서를 신규로 작성할 필요가 없을 수도 있습니다. 유감스럽게도, 6 개월 이상 경과된 이전 신청서는 해당되지 않습니다.

신청서와 함께 가구 소득 증명서를 제공해 주셔야 합니다.

소득 증빙의 예:

- 고용주가 지급한 최근 3개월간의 급여 명세서 사본
- 최근 연간 소득 신고서 사본(자영업자일 경우 모든 명세서 포함)
- 사회보장 및/또는 퇴직연금 지급 판정 서한
- 신청자가 세금 양식에 기재된 부양가족이고 25세 미만인 경우 부모 또는 후견인의 최근 연간 소득 신고
- 실업 수당 수령 사본
- 기타 소득확인서

만약 귀하가 가족이나 친구의 집에서 도움을 받거나 같이 살고 있다면, 그들로부터 "Letter of Support(부양 서신)"라고 적힌 첨부 양식을 작성받아야 합니다. 이 서신 작성으로 인해, 해당인들이 귀하의 의료비에 대한 책임을 지게 되지는 않습니다. 이것은 귀하가 어떻게 생계비용을 감당할 수 있는지 보여주는 데 도움이 될 것입니다. 가족과 친구로부터 아무런 도움도받지 않고 있다면, Letter of Support(부양 서신) 양식을 작성할 필요가 없습니다.

마지막으로 미지급 의료비를 고려하여 재정 지원 수혜 자격 여부를 결정할 수 있습니다. 본원에서 이를 고려하기를 원하시는 경우, 현재 인보이스 또는 계정 잔액 내역서와 같은 월 미지급 의료 및 약국/의약품 비용에 대한 서류도 함께 제출해 주시기 바랍니다. 신청이 접수되려면, 1) 완전히 작성된 신청서와 2) 소득 증명서, 3) 미지급 의료비 청구서(해당되는 경우)를 함께 제출해 주서야 한다는 점을 유의하시기 바랍니다. 작성이 완료되지 않은 신청서는 처리 또는 고려할 수 없습니다. 신청서 제출 시, 인터넷상의 이메일을 통한 통신은 안전하지 않음을 유념하시기 바랍니다. 그럴 가능성은 낮지만, 이메일에 포함하는 정보를 수신인 이외의 다른 당사자가 가로채서 읽을 수 있습니다. 본원은 귀하의 개인정보를 보호하고 안전하게 지키기 위해 노력합니다. 신청서에는 귀하의 사회보장번호와 기타 개인정보가 포함되어 있으므로 이메일로 보내지 마시기 바랍니다.

완전히 작성한 신청서 및 증빙서류를 인쇄하여 다음 주소에 우편으로 보내거나 직접 제출해 주십시오.

Ascension Mid-Michigan 3274 Solutions Center Chicago, IL 60677-3002

본원은 재정 지원을 받을 자격이 있는 환자들을 지원하고 확실히 재정 지원을 받을 수 있게 돕고자 합니다. 이 신청서, 필요한 증빙 서류 또는 신청서를 당사에 가장 잘 전달하는 방법에 대해 질문이 있는 경우 Standish (888) 978-6279, St. Joseph (989) 362-0118 로 환자 담당자에게 전화하십시오.

감사합니다.

환자 재정 서비스 Ascension

재정 지원 신청서



Ascension Standish Hospital 및 Ascension St. Joseph Hospital

Ascension

믕L	-	1	74	_
완	۸I	٠.	么	Y

날짜	계정번호		병원명		
성명(이름과 성)					
생년월일	전화번호			_	
우편 수소			NI	_ 수 우펀	년오
신용수 <pre><pre><pre><pre><pre><pre><pre><pre></pre></pre></pre></pre></pre></pre></pre></pre>			 고요즈 저	_ 고용 상태 고용 상태	
-6 C ± M C			107 61	의 근 오	
핵임당사자 정보/법적 별	보호자 정보				
위의 환자가 책임당사자와 :	동일할 경우 이 섹션을 비워 두십시오.)				
	,				
	전화번호				
교용주			_ 고용 상태_		
두당 근로 시간		고용주 전화번호 _			
백임당사자의 부양가족					
성명	생년월일				
	 생년월일				
	 생년월일				

월수입

(아래 나열된 각 항목에 대해 달러 금액을 입력하십시오. 각 항목에 대해 월별 금액을 제공하십시오.)

신청인 근로 소득	수령한 자녀 양육비
기타 신청인 소득	
사회보장 혜택	
연금/퇴직 소득	
장애 소득	
실업 수당	
산재보험	
이자/배당소득	
신용보고 기관으로부터 정보를 입수할 수 있도록 승인 신청인 서명	
날짜	
비고 	



Ascension

지원서한

환자 의료기록 번호/계정 번호	
후원자 이름	
환자/신청자와의 관계	
후원자 주소	
Ascension 귀하:	
본 서식을 통해 (환자 이름)은(는) : 거의 없으며 본인이 환자의 생활비를 지원하고 있음을 확인합니다. 환자는 본인에거 의무가 미미하거나 없습니다.	
이 진술서에 서명함으로써, 본인은 주어진 정보가 본인이 아는 한 사실이라는 것에	동의합니다.
후원자 서명	
날짜	