

재정 지원 프로그램

신청

- 재정 지원 프로그램은 자격 조건에 부합하는 환자에게 적용 서비스를 할인가로 제공합니다.
- 첨부된 재정 지원 신청서에 필수 소득 확인 문서를 첨부하여 신청서를 작성, 서명하고 날짜를 표기한 다음 팩스로 보내거나 서비스를 제공하는/할 곳으로 돌려보내 주시기 바랍니다.
- 작성을 마친 신청서를 검토하여 총 부과금의 최고 100%까지 할인 혜택을 드립니다(각종 관련 환자 부담금은 제외).
 - 재정 지원 프로그램 환자 부담금의 경우 추가 할인 대상이 아니며 내역은 아래와 같습니다.
 - 외래 환자 치료/진단 검사 \$ 5.00
 - 고가의 진단 검사/응급 의료 서비스 \$25.00
 - 외래 환자 수술/응급실 의료 서비스 또는 입원 \$50.00
 - 참고: 전문의 진료실 내원에는 환자 부담금이 적용되지 않습니다.**
- 재정 지원 프로그램을 받을 자격이 되지 않고 보험에 가입하지 않은 경우, 적용되는 의료 서비스 전체에 대하여 자동으로 보험 미가입자 할인 혜택을 받게 됩니다(성형외과 또는 선택적 서비스는 제외).

자격 조건

재정 지원 프로그램에 따른 자격 조건에 부합하려면 다음과 같은 서류 전체 또는 일부분을 제출해야 할 수 있습니다.

- 작년도 소득 신고서 사본 한 부
- 현행 급여명세표 사본(해당되는 경우)
- 다른 출처로부터 얻는 소득을 입증하기 위한 추가 문서(예: 양육비, 이혼 수당, 종업원 상해보험 수당, 공공 지원금, 자영업 소득, 실업 수당 등.)
- 신청서에는 모든 가계 소득과 거주자를 기재해야 하며 각각의 거주 형태와 소득원을 포함해야 합니다.
- 자격 조건 검토 절차를 거치는 중에 대안적인 자금 지원 출처에 따른 자격 조건에 부합할 것으로 판단되는 경우, 재정 지원 프로그램에 따른 자격을 고려하기에 앞서 그와 같은 대안적 프로그램을 위한 신청서를 작성해야 할 수도 있습니다(예: Medicaid 지원 신청서, 보험 미가입 운전자 등).

참고 사항: 본 기관에 협조하여 여타 프로그램(예: Medicaid, 장애 수당, 개인 상해 보상 청구, 종업원 상해보험, 보험 미가입 운전자 등)에 대한 적용 가능성 자격 조건을 알아보지 않는 경우 본 재정 지원 프로그램에 대한 자격 조건이 거부되는 결과를 초래할 수 있습니다.

다음과 같은 경우 재정 지원 이용 불가:

- 대부분의 환자 부담금, 공제 금액 및 공동 보험금
- 전화비 및 텔레비전 시청료와 같은 개인적인 항목
- 선택적 시술, 성형외과 시술 및 불임 치료와 같은 의학적으로 필요하지 않은 서비스
- 다른 의료 서비스 네트워크에서 보험이 적용되는 서비스

지원

재정 지원 정책과 관련하여 궁금한 점이 있거나 재정 지원 신청서를 작성하는 데 도움이 필요한 경우, 또는 작성한 신청서를 제출할 우편 주소를 수정해야 하는 경우 아래 정보를 이용하여 주시기 바랍니다.

서비스 제공 중/예정인 시설/보전 시스템	재무 상담사	고객 서비스	재무 상담사 팩스 번호	작성된 신청서를 보낼 우편 주소:
Genesys Health System	810-606-7431	888-544-7737	810-606-7897	Patient Access/Financial Counseling Dept. One Genesys Parkway, Grand Blanc, MI 48439
St. Mary's of Michigan - 새기노(Saginaw) 지점	989-907-7585	888-978-6279	989-907-7765	Financial Counseling Dept. 4599 Towne Centre Rd. Saginaw, MI 48604
St. Mary's of Michigan - 스탠디쉬(Standish) 병원	989-846-3586	888-978-6279	989-846-3541	Financial Counseling Dept. 805 W. Cedar St., Standish, MI 48658
St. Joseph's Health System - 타와스(Tawas) 지점	989-984-3796	877-216-5873	989-362-2106	Financial Counseling Dept. 200 Hemlock, Tawas City, MI 48764
Ascension Medical Group Physician Genesys	844-701-9988	844-701-9988	512-324-8962	N.R.S.C - Financial Assistance Dept. 4616 West Howard Lane, Suite 850 Austin, Texas 78728
Ascension Medical Group Physicians St. Mary's, 스탠디쉬(Standish) 및 St. Joseph's Health System 제공업체	800-566-5050	800-566-5050	317-583-2753	N.R.S.C - Financial Assistance Dept. 10330 N Meridian St., Suite 200 Indianapolis, IN 46290

자격 조건 심사에 사용될 금융 또는 기타 정보를 제출(또는 팩스 전송)하는 경우, 팩스 각 페이지마다 위 오른쪽 구석에 환자 이름, 생년월일 및 계좌번호(해당되는 경우)를 적어주시기 바랍니다.

의료 서비스 요구 사항을 받고 알려주셔서 대단히 감사합니다.

재정 지원 프로그램 신청서

환자 정보(정자체)				계좌 번호	
환자 이름:	생년월일	혼인 여부	성별		전화번호
주소:	시	주	우편번호	이메일 주소	
사회보장번호:	고용주	정규직 계약직		주당 근무시간	
고용주 주소:	시	주/도	우편번호	전화번호	

책임자 정보					
이름 상동	생년월일	혼인 여부	성별		전화번호
주소		주	우편번호	이메일 주소	
사회보장번호	고용주	정규직 계약직		주당 근무시간	
고용주 주소	시	주/도	우편번호		전화번호

책임자 배우자 정보		
배우자 이름	사회보장번호	생년월일
배우자 고용주:	주소:	시 주 우편번호 전화번호

피부양자:

이름	나이	관계	이름	나이	관계

월간 총소득

신청자 근로 소득	_____
신청자 배우자 소득	_____
사회보장보험 수당	_____
연금/퇴직금 소득	_____
실업 수당	_____
종업원 상해보험	_____
이자 /배당금 소득	_____
양육비	_____
이혼 수당	_____
임대 부동산 수입	_____
푸드 스탬프	_____
기타	_____
기타	_____
총 소득:	\$ _____

자산

보유 현금	_____
보통 예금	_____
당좌 예금	_____
C.D.'s	_____
유가증권	_____
생명보험	_____
기타 부동산	_____
기타	_____

차량/모델 및 차종	연식	가치

재무 결산:

생명 보험	_____
유산 상속	_____
기타	_____

총 자산 가치: \$ _____

비고: _____

월간 생활비

	지급	잔액
주택용자/임대료	_____	_____
전기	_____	_____
가스	_____	_____
전화	_____	_____
수도	_____	_____
식비	_____	_____
케이블 TV	_____	_____
자동차 할부금	_____	_____
휴대전화	_____	_____
어린이집	_____	_____
양육비/이혼수당	_____	_____
처방 의약품	_____	_____
신용카드:		
1.	_____	_____
2.	_____	_____
3.	_____	_____
기타 진료 / 병원비 청구 내역:		
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
보험료:		
1. 자동차	_____	_____
2. 부동산	_____	_____
3. 의료/생명	_____	_____
기타 대출금 납부:		
1.	_____	_____
2.	_____	_____
기타 월간 결제액:		
cobra	_____	_____
생명 보험	_____	_____
3.	_____	_____
월별 지출 총액:	\$ _____	\$ _____

본인은 이에 위에 기재한 정보가 진실이며 본인이 아는 한 모든 내용을 기재했음을 인증합니다. 본인은 병원 측에서 필요하다고 판단하면 외부 신용 조사 대행업체에서 정보를 얻어도 좋다고 허락하는 바입니다.

날짜

환자, 배우자, 보증인 또는 법적 대리인 서명

재정 지원 프로그램 신청자 인증서

본 양식에 기재된 본인의 서명은 본 재정 지원 프로그램 신청서에 제공한 모든 진술문과 정보가 진실이며 본인이 아는 한 정확한 내용을 담고 있고, 본인이 본인의 재정 상태와 관련한 모든 사실을 공개하였음을 입증하는 것과 같습니다. 본인은 본 신청서에 제출한 각종 정보를 허위로 기재하였거나 본인의 치료 비용을 부담하기 위한 다른 프로그램(예: Medicaid, 개인 상해 보험 청구, 종업원 상해 보험, 무보험 운전자 보험(Uninsured Motorist) 등)에서 본인의 자격을 증명하기 위한 노력에 협조하지 않는 경우 재정 지원 프로그램에 따른 본인의 수혜 자격이 거부될 수 있고 제공된 서비스에 대한 법적 책무는 본인이 지게 된다는 점을 이해하고 인정합니다. 본인은 본 신청서에 제공한 모든 정보를 확인 및 검증하기 위하여 권한을 얻은 병원/제공업체 대리인이 본인의 신용 상태를 요청 및 검토하는 등 여타 타당한 조치를 취해도 좋다고 허락하기로 동의합니다. 본인은 본인의 자격 조건이 할인을 100% 미만에 해당하는 경우 청구서의 나머지 부분을 지급할 책임은 본인 자신에게 있음을 이해합니다.

환자/책임자 서명: _____ 날짜: _____



소득 부족 증명서(신청자가 신청서에 소득을 0으로 기재한 경우에만 작성)

본인은 현재 실직 상태이며 소득원이 없습니다. 본인의 생활비는 아래와 같은 형태로 지급 및 제공되고 있습니다.

서명: _____ 날짜: _____

다음은 재정 지원 프로그램 관리자만 작성해야 합니다.

소득/피부양자/지출 확인	
확인된 총 소득(모든 출처)	
확인된 피부양자 총 인원수	
확인된 지출 총액	

F.A.P. 자격 조건 판정에 사용한 방법(해당되는 곳에 모두 동그라미 표시)	
<input checked="" type="checkbox"/>	자산 조사
<input checked="" type="checkbox"/>	추정적 - 추정 유형:
<input checked="" type="checkbox"/>	차등제 할인

F.A.P의 자격 조건 판정 시 여타 고려 사항	

F.A.P. 자격 조건 판정/상태	
<input type="checkbox"/> 승인된	할인율(%) :
<input type="checkbox"/> 보류됨	사유:
<input type="checkbox"/> 거부됨	사유:
평가 및 판정 담당자: 이름:	
전화번호:	

F.A.P. 판정 통지	
신청인이 통지를 받은 날짜:	
F.A.P. 신청서 통지 방식	
<input type="checkbox"/>	전화로 통지 받음 - 통지 담당자 이름을 다음 인물에게 알림:
<input type="checkbox"/>	미국 우체국(U.S. Mail)을 통해 통지 받음(통지서 사본을 파일에 유지)
<input type="checkbox"/>	다른 방식으로 통지 받음: 설명:
통지서 작성 담당자: 이름:	
전화번호:	

F.A.P. 처리 중인 계좌			
계좌번호	처리를 마친/조정된 계좌	계좌번호	처리를 마친/조정된 계좌

날짜:	처리/조정 담당자: 이름:	전화번호:	