



Ascension

날짜:

환자/신청자님께,

Ascension은 연민의 가치를 바탕으로, 특히 가장 도움이 필요한 사람들을 위해 개인 맞춤형 돌봄을 제공하는 데 전념하고 있습니다. 환자분들께 재정 지원을 제공하는 것은 우리의 사명이자 영광입니다. 재정 지원은 응급 치료 및 기타 의학적으로 필요한 치료에만 제공될 수 있습니다. 귀하와 귀하의 가정에 필요한 모든 의료 서비스를 위해 저희를 신뢰해 주셔서 감사합니다.

귀하의 요청으로 이 편지와 첨부된 재정 지원 신청서를 보내드립니다. 요청하지 않으신 경우, 무시해 주십시오. 서명과 날짜를 포함하여 두 페이지 모두 작성한 후 반환해 주십시오. 지난 6개월 이내에 신청 이력이 있으시고 재정 지원을 승인받으셨다면, 알려주십시오. 신청서를 신규로 작성할 필요가 없을 수도 있습니다. 유감스럽게도 6개월이 지난 이전 신청서는 사용할 수 없습니다.

귀하는 신청서와 함께 귀하의 가구 소득에 대한 확인서와 가구 구성원이 소유한 모든 자산에 대한 확인서를 제출해야 합니다.

소득 및 자산 증명의 예는 다음과 같습니다.

- 고용주가 발급한 최근 급여명세서 3부
- 최근 연간 소득 신고서 사본(자영업자일 경우 모든 Schedule 포함)
- 사회보장 및/또는 퇴직연금 지급 판정 서한
- 신청자가 세금 양식에 기재된 부양가족이고 만 25세 미만인 경우, 부모 또는 보호자의 최신 연간 세금 신고서
- 실업급여 수령 증빙 사본
- Medicaid 및/또는 주 정부 지원 의료 프로그램의 자격 승인 또는 거부 통지서
- 기타 소득 확인서

자산 증명의 예는 다음과 같습니다.

- 최근 3개월간의 은행 거래 명세서(당좌 및 저축 계좌)
- 주식 및 채권을 포함한 투자 자산
- 신탁 기금
- 머니마켓 계정
- 뮤추얼 펀드

마지막으로, 귀하의 미납 의료비를 고려하여 재정 지원 자격을 검토할 수 있습니다. 본원에서 이를 고려하기를 원하시는 경우, 현재 인보이스 또는 청구 계정 잔액 명세서와 같은 월별 의료비 및 약국/의약품 비용에 대한 서류도 함께 제출해 주시기 바랍니다. 신청서를 심사하기 위해서는 **1) 기재된 신청서와 함께 2) 소득 증명, 3) 자산 및 4) 미납 의료비 청구서(해당하는 경우)가 접수되어야 합니다. 완전히 작성되지 않은 신청서는 처리하거나 검토할 수 없습니다.**

신청서를 제출할 때 인터넷 이메일 통신은 안전하지 않을 수 있음을 유념하시기 바랍니다. 그럴 가능성은 낮지만, 이메일에 포함하는 정보를 수신인 이외의 제삼자가 가로채어 읽을 가능성이 있습니다. 본원은 귀하의 개인정보를 보호하고 안전하게 지키기 위해 노력합니다. 신청서에는 사회 보장 번호와 기타 개인정보가 포함되어 있으므로 이메일로 전송하지 마십시오.

작성한 신청서 및 증빙 서류를 다음 주소로 인쇄 및 우편으로 보내주십시오.

**Ascension St. Vincent's
PO Box 932886
Atlanta, GA 31193**

**Ascension Medical Group
PO Box 80278
Indianapolis, IN 46240**

저희가 도움을 드리고자 하며, 재정 지원 자격이 있는 환자분들이 해당 지원을 받을 수 있도록 최선을 다하고 있습니다. 본 신청서, 필요한 증빙 서류 또는 신청서를 가장 잘 제출하는 방법에 대해 궁금한 점이 있으시면, 다음의 환자 상담 담당자 중 한 명에게 전화하십시오. 904-308-7381

감사합니다

Ascension 환자 재정 서비스

재정 지원 신청서



Ascension

환자 정보

(모든 필드를 정자체로 작성해 주십시오. 신청서의 어떤 개별적인 라인에도 해당하지 않는 경우 N/A로 기재하십시오.)

날짜 _____ 계정 번호 _____
이름(성, 이름) _____
생년월일 _____ 혼인 상태 _____ 전화번호 _____
우편 주소 _____ 도시 _____ 주 _____ 우편번호 _____
사회보장번호(선택사항) _____
고용주 _____ 고용 상태 _____
주당 근무 시간 _____ 고용주 전화번호 _____

의료비 책임자 정보/법적 보호자 정보

(위의 환자가 의료비 책임자와 동일할 경우 이 섹션을 비워 두십시오.)

이름(성, 이름) _____
생년월일 _____ 혼인 상태 _____ 전화번호 _____
우편 주소 _____ 도시 _____ 주 _____ 우편번호 _____
사회보장번호(선택사항) _____
고용주 _____ 고용 상태 _____
주당 근무 시간 _____ 고용주 전화번호 _____

책임 당사자 배우자 정보

(환자가 의료비 책임자와 동일할 경우 환자의 배우자 정보를 기재하십시오.)

이름(성, 이름) _____
생년월일 _____ 혼인 상태 _____ 전화번호 _____
우편 주소 _____ 도시 _____ 주 _____ 우편번호 _____
사회보장번호(선택사항) _____
고용주 _____ 고용 상태 _____
주당 근무 시간 _____ 고용주 전화번호 _____

의료비 책임자의 부양가족

(환자가 의료비 책임자와 동일할 경우 환자의 배우자 정보를 기재하십시오.)

이름 _____	생년월일 _____	의료비 책임자와의 관계 _____
이름 _____	생년월일 _____	의료비 책임자와의 관계 _____
이름 _____	생년월일 _____	의료비 책임자와의 관계 _____
이름 _____	생년월일 _____	의료비 책임자와의 관계 _____

가구에 거주하는 성인 및 어린이 수 _____

월 소득

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

신청자의 소득 _____	자녀 양육비 수령 _____
신청자 배우자의 소득 _____	배우자 부양비 수령 _____
사회보장 혜택 _____	임대 부동산 소득 _____
연금/퇴직 소득 _____	식품 지원 보조금 _____
장애 수당 _____	_____
실업 보상 _____	신탁 기금 분배 수령 기타 소득 _____
산업재해 보상금 _____	기타 소득 _____
이자/배당소득 _____	총 월 소득 \$ _____

월 생활비

부동산 담보 대출/임대료 _____	자녀 양육비/배우자 부양비 _____
공공요금 _____	신용카드 상환액 _____
전화번호(유선 전화) _____	의사/병원 청구서 _____
휴대전화 _____	자동차/자동차 보험 _____
식료품/식품 _____	주택/재산 보험 _____
케이블/인터넷/위성 TV _____	의료/건강 보험 _____
자동차 할부금 _____	생명 보험 _____
보육비 _____	기타 월별 비용 _____
	총 월별 비용 \$ _____

자산

현금/저축/당좌 예금 계좌 _____
주식/채권/투자/정기예금 _____
기타 부동산/2차 거주지 _____
보트/캠핑카/오토바이/여가 차량 _____
수집용 자동차/비필수 자동차 _____
기타 자산 _____

본인은 상기 내용이 본인이 알고 있는 한도에서 사실이며 틀림없음을 확인합니다. 본인은 병원이 필요하다고 판단될 경우 외부 신용 보고 기관으로부터 정보를 입수할 수 있도록 승인합니다.

신청자 서명 _____

날짜 _____

코멘트 _____

