

환자/신청인 귀하,

Alexian Brothers Health System, d/b/a Ascension Illinois 계열사는 연민을 바탕으로 모든 사람, 특히 가장 도움이 필요한 사람들에게 맞춤형 진료를 제공하기 위해 최선을 다하고 있습니다. 환자들에게 재정적인 지원을 하는 것은 본원의 사명이자 특권입니다. 재정 지원은 응급 치료 및 기타 의학적으로 필요한 치료에만 제공될 수 있습니다. 귀하와 소중한 가족에게 필요한 의료 서비스를 저희가 드릴 수 있도록 믿어주셔서 감사합니다.

귀하의 요청으로 이 서신과 첨부된 재정 지원 신청서를 보내드립니다. 요청하지 않으신 경우, 무시해 주십시오. 제출하기 전에 귀하의 서명 및 날짜를 포함하여 양면의 공간을 모두 작성해 주십시오. 만약 귀하가 지난 6개월 이내에 신청을 완료하고 재정 지원을 승인받으셨다면, 저희에게 알려주십시오. 새로운 신청서를 작성할 필요가 없을 수 있습니다. 저희는 6개월보다 이전에 제출된 사전 신청은 고려하지 않습니다.

신청서와 함께 다음 항목 중 하나 이상의 사본을 소득 증빙으로 제공하십시오. 만약 귀하가 혼인 후 6개월 이상이 경과했거나 다른 사람과 동기간 동거했다면, 신청서가 처리되기 전에 소득증빙으로 다음 항목들 중 적어도 한 개의 사본을 제공할 필요가 있을 것입니다.

- 고용주가 최근에 지급한 2개월 동안의 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
- 기타 소득확인서
- 지난 3개월 동안의 은행 명세서 사본
- 실업급여 수령 사본

마지막으로, 귀하의 월별 미지급 의료 및 약국/약물 비용을 증명할 수 있는 문서도 제공하십시오.

신청서가 검토되려면 소득 증명서와 함께 접수가 완료되어야 함을 알아두시기 바랍니다.
작성이 미완료된 신청서는 처리하거나 검토할 수 없습니다.

인터넷상의 이메일을 통한 통신은 안전하지 않다는 것을 명심하십시오. 그럴 가능성은 낮지만, 이메일에 포함하는 정보는 그것을 취급하는 사람 이외의 다른 사람이 가로채서 읽을 수 있습니다.

저희는 귀하의 개인정보를 보호하고 안전하게 보호하기 위해 노력합니다. 신청서에는 주민등록번호와 기타 개인정보가 포함되어 있으므로 이메일 발송을 삼가할 것을 당부합니다.

인쇄하여 작성한 신청서를 아래 주소로 발송해주세요.

Ascension Illinois PFS
Attention: Financial Assistance Department
PO Box 74008855
Chicago, IL 60674-8855

본 신청 내용에 대해 질문이 있으시면 환자 대표자에게
833-272-7585로 전화하십시오.

감사합니다.

환자 재정 서비스
Ascension Illinois

재정 지원 신청서 양식

중요 사항: 귀하는 무료 또는 할인된 진료를 받을 수 있습니다. 이 신청서를 작성하시면 Alexian Brothers Health System, d/b/a Ascension Illinois 계열사가 귀하에게 무료 또는 할인된 서비스나 귀하의 건강 관리 비용 지불에 도움이 될 수 있는 기타 공공 프로그램을 받을 수 있는지 판단하는 데 도움이 됩니다. 이 신청서를 소개서에 기재된 주소로 제출해 주십시오.

보험에 가입하지 않은 경우 무료 또는 할인된 진료 자격을 갖는 데서 사회 보장 번호가 필요하지 않습니다. 그러나 Medicaid를 포함한 일부 공공 프로그램에는 사회 보장 번호가 필요합니다. 사회보장번호 제공은 필수는 아니지만 Alexian Brothers Health System, d/b/a Ascension Illinois 계열사가 귀하의 공공 프로그램 자격 여부를 결정하는 데 도움이 됩니다. "선택 사항"이라고 표시된 신청 질문에 대해, 귀하의 답변(또는 무응답)은 신청 결과에 아무 영향도 미치지 않습니다.

서비스 날짜 이후 가능한 한 빨리 무료 또는 할인 진료를 신청하려면 이 양식을 작성하여 Alexian Brothers Health System, d/b/a Ascension Illinois 계열사에 직접, 우편, 전자 메일 또는 팩스로 제출하십시오. 진료에 대한 첫 번째 대금 청구서 이후 240일까지 귀하의 신청서를 접수합니다. 이 신청서를 제출함으로써 귀하는 Alexian Brothers Health System, d/b/a Ascension Illinois 제휴사가 환자의 재정 지원 자격 여부를 결정하는 데 도움을 주기 위해 신청서에 요청된 모든 정보를 제공하기 위해 선의의 노력을 기울였음을 인정합니다. 신청 절차에 대해 질문이 있는 경우 Alexian Brothers Health System, d/b/a Ascension Illinois 계열사의 재무 상담 부서에 전화 833-272-7585로 문의하실 수 있습니다.

비보험 환자 할인 신청 절차 또는 병원의 재정 지원 절차에 대한 민원 또는 우려 사항은 일리노이주 법무장관 하의 의료국에 보고할 수 있습니다. 보건국(Health Care Bureau)의 무료 핫라인은 1-877-305-5145(TTY 1-800-964-3013)입니다.

환자 정보

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

날짜 _____ 계좌번호 _____

이름(성명) _____

생년월일 _____ 혼인 여부 _____ 전화번호 _____

선택사항 - 성 정체성 - 본인이 생각하는 성별: 남성 여성 트랜스젠더 남성/트랜스 남성/여성에서 남성으로 전환자(FTM)

트랜스젠더 여성/트랜스 여성/남성에서 여성으로 전환자(MTF) 젠더 퀴어/성별 비순응.배타적으로 남성도 여성도 아님

추가 성별 카테고리(또는 기타)

선택 사항 - 성별 정체성: 출생증명서에는 원래 어떤 성별이 기재되어 있습니까?: 남 여

선택 사항 - 인종: 백인 흑인 또는 아프리카계 미국인 아메리카 인디언 또는 알래스카 원주민 아시아 인디언 중국인 필리핀인 일본인 한국인 베트남인 기타 아시아인 하와이 원주민 괌 또는 차모로 사모아인 기타 태평양 섬주민

선택 사항 - 민족: 히스패닉, 라틴계/ 또는 스페인 출신 멕시코, 멕시코계 미국인, 치카노/ 푸에르토리카 쿠바인 또 다른 히스패닉, 라틴계/ 또는 스페인 출신

선택 사항 - 언어 - 가정에서 영어 외의 언어를 사용하십니까? 예 아니요

그렇다고 응답하셨으면 어떤 언어입니까?: _____

우편 주소 _____ 도시 _____ 주 _____ 우편번호 _____

선택사항 - 사회보장번호 _____

고용주 _____ 고용상태 _____

고용주 전화번호 _____

책임당사자 정보/법적 보호자 정보

(위의 환자가 책임당사자와 동일할 경우 이 섹션을 비워 두십시오.)

이름(성명) _____

생년월일 _____ 혼인 여부 _____ 전화번호 _____

우편 주소 _____ 시 _____ 주 _____ 우편번호 _____

사회보장번호(선택 사항) _____

고용주 _____ 취업 상태 _____

책임당사자 배우자 정보

(환자가 책임당사자와 동일할 경우 환자의 배우자 정보를 기입하십시오.)

이름(성명) _____

생년월일 _____ 혼인 여부 _____ 전화번호 _____

우편 주소 _____ 시 _____ 주 _____ 우편번호 _____

사회보장번호(선택 사항) _____

고용주 _____ 취업 상태 _____

고용주 전화번호 _____

책임당사자의 부양가족

(환자가 책임당사자와 동일할 경우 환자의 배우자 정보를 기입하십시오.)

이름 _____ 생년월일 _____ 책임자와의 관계 _____

이름 _____ 생년월일 _____ 책임자와의 관계 _____

이름 _____ 생년월일 _____ 책임자와의 관계 _____

이름 _____ 생년월일 _____ 책임자와의 관계 _____

가구 내 성인 및 어린이의 수 _____

월수입

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

신청자	근로소득	이자/배당	소득
신청자	배우자	소득	받은 자녀양육비
사회보장혜택			받은 위자료
연금/퇴직소득			임대 부동산 소득
장애소득			푸드 스탬프
실업수당			받은 신탁 기금
산재보험			기타 소득
			총 월 소득

월 생활비

Ascension Illinois의 재정 지원 정책에 설명된 대로 재정 지원을 받을 자격이 있는 것으로 추정되는 환자는 이 섹션을 작성할 필요가 없습니다.

모기지/임대료 _____	자녀양육비/위자료 _____
공과금 _____	신용카드 _____
전화(일반전화) _____	의사/병원비 _____
휴대전화 _____	차량/자동차 보험 _____
식품/식품 _____	주택/재산 보험 _____
케이블/인터넷/위성 TV _____	의료/건강 보험 _____
자동차 납부 _____	생명 보험 _____
보육 _____	기타 월 지출 _____
	총 월 지출 _____

자산

현금/저축/당좌 예금 _____
주식/채권/투자/CD _____
기타 부동산/부동산 _____
보트/RV/오토바이/레저용 차량 _____
수집용 자동차/비필수 자동차 _____
건강 저축/탄력 지출 계좌 차량 _____

저는 Alexian Brothers Health System, d/b/a Ascension Illinois 계열사가 외부 신용 보고 기관으로부터 정보를 얻는 것을 승인합니다. 제가 알고 있는 한도에서는 본 신청서의 내용이 사실이며, 정확하다는 것을 증명합니다. 저의 의료비 지불을 도울 자격이 있는 주, 연방 또는 지역 지원을 신청하겠습니다. 저는 제공된 이 정보가 Alexian Brothers Health System, d/b/a Ascension Illinois 계열사에 의해 검증될 수 있음을 이해하고 Alexian Brothers Health System, d/b/a Ascension Illinois 계열사가 제3자에게 연락하여 이 신청서에서 제공되는 정보의 정확성을 확인하도록 승인합니다. 본 신청서에 고의로 거짓 정보를 제공하는 경우 재정 지원을 받을 자격이 없으며, 부여된 재정 지원이 취소될 수 있으며, 본인이 청구서를 지불해야 함을 이해합니다.

신청자 서명 _____

날짜 _____

비고 _____