

## 재정 지원 신청 양식

**중요한 사항:** 귀하는 의료비를 면제 받거나 감면 받을 수 있습니다. 본 신청서를 작성하시면 AdventHealth 가 귀하에게 의료비 면제나 감면 혜택을 드릴 수 있는지, 또는 다른 공공 프로그램을 통해 귀하의 의료비 지불을 도와줄 수 있는지를 결정하는 데 도움이 됩니다. 이 신청서를 첨부 서신에 기재되어 있는 주소로 제출해 주십시오.

**보험이 없는 경우, 의료비 면제 또는 감면을 받기 위해 사회보장번호가 필요하지 않습니다.** 그러나 Medicaid 를 포함한 일부 공공 프로그램의 혜택을 받기 위해서는 사회보장번호가 필요합니다. 사회보장번호는 반드시 제공해야 하는 것은 아니지만 AdventHealth 에서 귀하가 공공 프로그램 혜택을 받을 자격이 있는지 여부를 결정하는 데 도움이 됩니다. 신청서에 "선택 사항"으로 표시된 질문의 경우, 귀하의 답변 여부가 재정 지원 신청 결과에 아무런 영향을 미치지 않습니다.

의료 서비스를 받은 후 의료비 면제나 감면 지원을 신청하려면 가능한 한 빨리 이 양식을 작성하여 AdventHealth 에 직접 제출하시거나, 우편, 이메일 또는 팩스로 제출하십시오. 저희는 귀하의 의료비 첫 번째 청구서가 나온 후 최대 240 일까지 귀하의 신청서를 받습니다. 본 신청서를 제출함으로써 귀하는 AdventHealth 가 환자의 재정 지원 자격 여부를 판단하는 데 도움이 되도록 신청서에 요청된 모든 정보를 제공하기 위해 선의의 노력을 기울였음을 인정합니다. 신청 절차에 대해 질문이 있는 경우 AdventHealth 의 재정 상담 부서에 800-462-0490 으로 문의하실 수 있습니다.

무보험 환자 의료비 감면 신청 절차 또는 병원 재정 지원 신청 절차에 대한 불만 사항이나 우려 사항이 있는 경우 일리노이주 법무장관 산하에 있는 보건국(Health Care Bureau of the Illinois Attorney General)에 신고하실 수 있습니다. 보건국의 무료 핫라인 전화번호는 1-877-305-5145(TTY 1-800-964-3013)입니다.

### 환자 정보

(정자로 모든 항목을 작성해야 합니다. 신청서의 특정 항목에서 해당 사항이 없는 경우 N/A 로 표시하십시오.)

날짜: \_\_\_\_\_ 계정 번호: \_\_\_\_\_

성명(성과 이름): \_\_\_\_\_

생년월일: \_\_\_\_\_ 혼인 상태: \_\_\_\_\_ 전화번호: \_\_\_\_\_

**선택 사항 - 성 정체성 -** 귀하는 자신의 성별을 무엇으로 생각하십니까?  남성  여성  트랜스젠더 남성/트랜스 남성/여성에서 남성(FTM)

트랜스젠더 여성/트랜스 여성/남성에서 여성(MTF)  젠더퀴어/성별 비순응  남성도 여성도 아님

추가 성별 카테고리(또는 기타)

**선택 사항 - 성 정체성:** 귀하의 출생증명서에는 어떤 성별이 기재되어 있습니까?:  남성  여성

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

**선택 사항:** 민족:  히스패닉, 라틴계 또는 스페인계  멕시코인, 멕시코계 미국인, 치카노  푸에르토리코인  쿠바인  
 기타 히스패닉, 라틴계, 스페인계 계통

**선택 사항:** 언어: 집에서 영어가 아닌 다른 언어를 사용하십니까?  예  아니요

그렇다면 어떤 언어를 사용하십니까? \_\_\_\_\_

**선택 사항:** 선호하는 언어:  영어  스페인어  폴란드어  기타: \_\_\_\_\_

우편 주소: \_\_\_\_\_ 시: \_\_\_\_\_

주: \_\_\_\_\_ 우편번호: \_\_\_\_\_

**선택 사항:** 사회보장번호:

\_\_\_\_\_

고용주: \_\_\_\_\_

취업 상태: \_\_\_\_\_

고용주 전화번호: \_\_\_\_\_

### 책임 당사자 정보/법적 보호자 정보

(상기 환자가 책임 당사자인 경우 이 섹션은 작성하지 마십시오)

성명(성과 이름): \_\_\_\_\_

생년월일: \_\_\_\_\_ 혼인 상태: \_\_\_\_\_ 전화번호: \_\_\_\_\_

우편 주소: \_\_\_\_\_ 시: \_\_\_\_\_ 주: \_\_\_\_\_ 우편번호: \_\_\_\_\_

사회보장번호(선택사항): \_\_\_\_\_

고용주: \_\_\_\_\_ 취업 상태: \_\_\_\_\_

### 책임 당사자 배우자 정보

(환자 본인이 책임 당사자인 경우 환자의 배우자 정보를 기재하십시오)

성명(성과 이름): \_\_\_\_\_

생년월일: \_\_\_\_\_ 혼인 상태: \_\_\_\_\_ 전화번호: \_\_\_\_\_

우편 주소: \_\_\_\_\_ 시: \_\_\_\_\_ 주: \_\_\_\_\_ 우편번호: \_\_\_\_\_

사회보장번호(선택사항): \_\_\_\_\_

고용주: \_\_\_\_\_ 취업 상태: \_\_\_\_\_

고용주 전화번호: \_\_\_\_\_

### 책임 당사자의 부양가족

(환자 본인이 책임 당사자인 경우, 환자의 배우자 정보를 기재해 주십시오)

성명: \_\_\_\_\_ 생년월일: \_\_\_\_\_

책임 당사자와의 관계: \_\_\_\_\_

성명: \_\_\_\_\_ 생년월일: \_\_\_\_\_

책임 당사자와의 관계: \_\_\_\_\_

성명: \_\_\_\_\_ 생년월일: \_\_\_\_\_

책임 당사자와의 관계: \_\_\_\_\_

성명: \_\_\_\_\_ 생년월일: \_\_\_\_\_

책임 당사자와의 관계: \_\_\_\_\_

해당 가구에 거주하는 성인 및 어린이 수: \_\_\_\_\_

### 월 소득

(아래 각 항목에 대해 달러로 금액을 기재하십시오. 각각에 대해 월별 금액을 기재하십시오.)

신청인의 근로 소득: \_\_\_\_\_

자녀양육비 수령액: \_\_\_\_\_

신청인의 배우자 소득: \_\_\_\_\_

위자료 수령액: \_\_\_\_\_

사회 보장 혜택: \_\_\_\_\_

임대 부동산 소득: \_\_\_\_\_

연금/퇴직소득: \_\_\_\_\_

장애 소득: \_\_\_\_\_

푸드 스탬프: \_\_\_\_\_

실업 수당: \_\_\_\_\_

신탁 기금 분배 수령액: \_\_\_\_\_

산재 보상: \_\_\_\_\_

기타 소득: \_\_\_\_\_

이자/배당소득: \_\_\_\_\_

총 월 소득: \$ \_\_\_\_\_

### 월 생활비

AdventHealth의 재정 지원 정책에 있는 설명을 기준으로 할 때 재정 지원을 받을 자격이 있는 것으로 추정되는 환자는 이 섹션을 작성할 필요가 없습니다.

모기지/렌트비: \_\_\_\_\_

공공서비스 요금: \_\_\_\_\_

전화(유선): \_\_\_\_\_

휴대폰: \_\_\_\_\_

식료품/음식: \_\_\_\_\_

케이블/인터넷/위성 TV:  
\_\_\_\_\_

자동차 할부금:  
\_\_\_\_\_

보육비:  
\_\_\_\_\_

### 자산

자녀 양육비/위자료: \_\_\_\_\_

의료/건강 보험: \_\_\_\_\_

신용 카드: \_\_\_\_\_

생명 보험: \_\_\_\_\_

의사/병원비: \_\_\_\_\_

기타 월간 비용: \_\_\_\_\_

자동차 보험: \_\_\_\_\_

**월간 총 지출: \$** \_\_\_\_\_

주택/부동산 보험:  
\_\_\_\_\_

현금/저축/체크 계좌: \_\_\_\_\_

주식/채권/투자/CD: \_\_\_\_\_

기타 부동산/2 차 거주지: \_\_\_\_\_

보트/RV/오토바이/레저용 차량: \_\_\_\_\_

수집용 자동차/비필수 자동차: \_\_\_\_\_

HSA(Health Savings Account)/FSA(Flexible Spending Account): \_\_\_\_\_

나는 AdventHealth 가 외부 신용 보고 기관으로부터 정보를 얻는 것을 승인합니다. 나는 이 신청서의 정보가 내가 아는 한 사실이고 정확함을 증명합니다. 나는 의료비 지불에 도움을 줄 수 있는 모든 주, 연방 또는 지방 지원을 신청할 것입니다. 나는 제공된 정보를 ADVENTHEALTH 가 검증할 수 있음을 이해하며, AdventHealth 에게 이 신청서에 제공된 정보의 정확성을 확인하기 위해 제 3 자에게 연락할 수 있는 권한을 부여합니다. 나는 이 신청서에 고의로 허위 정보를 제공할 경우 재정 지원을 받을 수 없으며, 나에게 허가된 재정 지원이 취소될 수 있으며, 청구서 지불에 대한 책임이 나 자신에게 있음을 이해합니다.

신청인 서명: \_\_\_\_\_

날짜: \_\_\_\_\_

**비고:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

# 부양 확인 서신

환자 의료 기록 번호 또는 계정 번호: \_\_\_\_\_

부양자 이름: \_\_\_\_\_

환자 또는 신청인과의 관계: \_\_\_\_\_

부양자 주소: \_\_\_\_\_

AdventHealth 귀중: \_\_\_\_\_

본 서신은 다음을 알리기 위한 것입니다. (환자 성명)은/는 소득이 거의 없거나 전혀 없으며 나는 해당 환자의 생활비를 지원하고 있습니다. 이 사람은 나에게 대한 의무가 거의 또는 전혀 없습니다.

이 진술서에 서명함으로써 나는 여기에 제공된 정보가 내가 아는 한 사실이라는 데 동의합니다.

부양자 서명: \_\_\_\_\_

날짜: \_\_\_\_\_

환자/신청인님께,

AdventHealth 는 측은지심을 기반으로 모든 사람, 특히 가장 도움이 필요한 사람들에게 맞춤형 의료 서비스를 제공하기 위해 최선을 다하고 있습니다. 환자들에게 재정적 지원을 제공하는 것은 우리의 사명이자 특권입니다. 재정 지원은 응급 상황 및 기타 의학적으로 필요한 치료에만 제공됩니다. 저희를 믿고 귀하와 귀하의 가족에게 필요한 의료 서비스를 제공할 수 있도록 해 주셔서 감사합니다.

저희는 귀하의 요청을 접수함에 따라 본 서신과 함께 재정 지원 신청서를 보내드립니다. 만일 이를 요청하지 않으셨다면 무시하시기 바랍니다. 신청서의 양면을 완전히 작성하고 서명을 하고 날짜를 기입하여 보내주시기 바랍니다. 지난 6 개월 이내에 신청서를 작성하고 재정 지원 승인을 받은 경우, 저희에게 알려주십시오. 새로운 신청서를 작성할 필요가 없을 수도 있습니다. 6 개월이 넘은 이전 신청서는 고려 대상이 아닙니다.

신청서와 함께 소득 증빙 자료로 다음 항목 중 하나 이상의 사본을 제출해 주십시오. 귀하가 결혼했거나 파트너와 6 개월 이상 동거한 경우, 이들도 신청서가 처리되기 전에 소득 증명으로 다음 항목 중 최소한 하나의 사본을 제공해야 합니다.

- 고용주가 발급한 가장 최근의 급여명세서 3 개 사본
- 가장 최근의 연간 세금 신고서 사본(자영업자의 경우 모든 스케줄 페이지 포함)
- 사회보장 및/또는 연금 퇴직금
- 신청인이 세금 양식에 기재된 부양가족이고 25 세 미만인 경우 부모 또는 보호자의 가장 최근 연간 세금 신고서
- 기타 소득 확인 서류
- 지난 3 개월 동안의 은행 명세서 사본
- 실업급여 수령증 사본

가족이나 친구로부터 도움을 받거나 함께 살고 있는 경우, 도움을 주는 사람에게 첨부된 부양 확인 서신(Letter of Support) 양식을 작성하도록 하십시오. 이 양식을 작성한다고 해서, 부양자가 귀하의 의료비를 책임져야 하는 것은 아닙니다. 이는 귀하가 생활비를 어떻게 감당하는지를 보여주는 데 도움이 될 것입니다. 가족이나 친구로부터 도움을 받지 않는 경우에는, 부양 확인 서신을 작성할 필요가 없습니다.

마지막으로, 월간 의료비, 약국 및 약품비 미납액을 증명할 수 있는 서류도 함께 제출해 주십시오. 작성된 신청서와 소득 증빙 서류가 접수되어야 신청서를 검토할 수 있습니다. 불완전한 신청서를 처리하거나 고려할 수는 없습니다.

인터넷을 통한 이메일 통신은 안전하지 않다는 점을 명심하십시오. 가능성은 희박하지만 이메일에 포함된 정보를 수신인이 아닌 다른 사람이 중간에서 가로채서 읽을 가능성이 있습니다.

저희는 귀하의 개인정보를 보호하고 안전하게 유지하기를 원합니다. 신청서에는 귀하의 사회보장번호 및 기타 개인 정보가 포함되어 있으므로 이메일로 보내지 마시기 바랍니다.

작성한 신청서를 인쇄하여 다음 주소로 보내주십시오.

AdventHealth  
Attn: Financial Assistance  
PO Box 935979  
Atlanta, GA 31193

본 신청서에 대해 질문이 있으시면 800-462-0490 번으로 재무 상담사에게 전화주시기 바랍니다.

감사합니다.

AdventHealth 환자 재정 서비스 드림