

자선 케어/재정 원조 신청 양식 안내

이 신청서는 오버레이크 병원 메디칼 센터 (OHMC) 및/혹은 오버레이크 의료 진료소, LLC (OMC)에서 제공하는 재정 원조 (자선 케어라고도 알려짐) 신청서입니다.

워싱턴 주는 특정한 요구 조건에 적격하는 주민들에게 **모든 병원이 재정적인 원조를 제공하도록 요구합니다.** 귀하의 보험이 있더라도 귀 가족 수나 수입에 따라 할인 또는 무료 케어를 받으실 수 있습니다. 재정 원조 정책에 대한 안내는 www.overlake.org/financialpolicies 에서 찾아볼 수 있습니다.

재정 원조는 무엇을 커버하는가? 재정 원조는 귀하의 적격성에 따라 OHMC 및/혹은 OMC 에서 제공하는 적절한 서비스를 커버합니다. 재정 원조는 다른 기관에서 제공하는 서비스 등 의료 케어에 대한 비용을 전체적으로 커버하지 않을 수도 있습니다.

문의 사항이나 신청서를 작성하는데 도움이 필요할 경우: 본사 재무 담당 조정인에게 425-635-6239 번으로 전화해 주십시오. 장애 사항 및 언어 도움을 비롯한 어떠한 도움이라도 받으실 수 있습니다.

신청서가 처리되려면 다음 정보를 제출해야 합니다:

- **귀 가족에 대한 정보를 제공하십시오.**
귀 가족 수를 기입하십시오 (가족은 출생, 결혼 또는 입양 관계로 함께 주거하는 사람들을 포함함)
- **귀 가족의 총 월 수입 정보를 제출하십시오 (모든 세금 및 공제 전 금액)**
- **귀 가족 수입에 대한 증명을 제출하십시오.**
- **필요할 경우, 모든 추가 정보를 첨부하십시오**
- **신청서에 날짜를 기입하고 서명하십시오**

주의: 재정 원조를 신청하는데 **사회보장 번호를 반드시 제공할 필요는 없습니다.** 귀하의 사회보장 번호를 제시할 경우, 신청서를 신속히 처리하는데 도움이 됩니다. 사회보장 번호는 제출된 정보를 확인하는데 사용합니다. 사회보장 번호가 없을 경우, "적용되지 않음" 또는 "NA"난에 표기하십시오.

작성한 신청서는 모든 첨부 서류와 함께 다음 주소로 보내거나 팩스하십시오:

Overlake Hospital Medical Center

1035 116th Ave NE

Attn: Patient Financial Services

동봉된 반송 봉투에 넣어 보내 주십시오.

자신을 위하여 반드시 사본을 보유하십시오.

본사는 수입 증명을 포함하여 완벽히 작성된 재정 원조 신청서를 받은 후 14 일 이내, 적용 될 경우, 적격성에 관한 최종 판결 및 항소 권리 안내서를 귀하에게 통지할 것입니다.

귀하는 신청서를 제출함으로써 본 병원에서 재정 책임 및 제출된 정보를 확인하는데 필요한 요구에 동의한다는 허가를 하는 것입니다.

본 병원은 귀하를 돕기 원합니다. 즉시 귀하의 신청서를 제출하십시오!

본 병원에서 귀하의 정보를 받을 때까지 귀하는 청구서를 받을 수도 있습니다.

자선 케어/재정 원조 신청서 - 비밀 보장

모든 정보를 완벽히 작성하십시오. 적용되지 않을 경우, 'NA'란에 표기하십시오. 필요할 경우 추가 정보를 첨부하십시오.

여과 정보

통역관이 필요합니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <i>예일 경우, 원하는 언어를 기재하십시오:</i>
환자가 메디케이드를 신청했습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <i>재정 원조에 적격하려면 이전에 메디케이드를 신청하도록 요할 수도 있음</i>
환자가 현재 노숙자입까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
환자의 의료 케어 필요성이 차량 사고나 노동 재해와 관계가 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오

주의

- 귀하가 재정 원조를 신청할지라도 재정 원조 적격성을 보장할 수는 없습니다.
- 귀하가 일단 신청서를 제출하면 본사는 제공된 모든 정보를 확인하며 추가 정보나 수입 증명을 요구할 수도 있습니다.
- 완벽히 작성된 신청서 및 서류를 수취한 후, 14 일 이내에 귀하의 적격성을 통지할 것입니다.

환자 및 신청자 정보

환자 이름	환자 미들 네임		환자 성
<input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> 여성 <input type="checkbox"/> 기타 (정확히 설명 _____)	생년월일		사회보장 번호(임의*) <i>*선택권이있으나 주법 요구조건 이상 관대한 보조가 필요한 경우 [??]</i>
청구서 지불 책임자	환자와의 관계	생년월일	사회보장 번호 (임의*) <i>*선택권이 있으나 주법 요구조건 이상 관대한 보조가 필요한 경우 [??]</i>
우편 주소 _____ _____			주 연락 번호(s) () _____ () _____ 이메일 주소: _____
시	주	우편번호	
청구서 지불 책임자의 직장 <input type="checkbox"/> 고용직 (고용된 날짜: _____) <input type="checkbox"/> 무직 (실직 기간: _____) <input type="checkbox"/> 자영업 <input type="checkbox"/> 학생 <input type="checkbox"/> 장애인 <input type="checkbox"/> 퇴직자 <input type="checkbox"/> 기타 (_____)			

가족 정보

귀하를 포함한 가족 수를 기입하십시오. "가족"이란 출생, 결혼 또는 입양 관계로 함께 주거하는 사람을 의미함.

가족 수 _____

필요할 경우 추가 정보 첨부

이름	생년월일	환자와의 관계	18 세 일상일 경우: 고용주 이름 또는 수입 출처	18 세 일상일 경우: 총 월 수입 (세금 공제 전):	이 사람도 재정 원조를 신청?
					예 / 아니오
					예 / 아니오
					예 / 아니오
					예 / 아니오

모든 성인 가족의 수입이 공개되어야 함. 수입 출처는 예를 들어 다음을 포함 함:

- 급여 - 실직 수당 - 자영업 - 노동 재해 수당 - 장애 - 사회보장 혜택금 - 배우자/자녀 양육비
- 워 스타디 프로그램 (학생) - 연금 - 퇴직 배당금 - 기타 (설명하십시오 _____)

자선 케어/재정 원조 신청서 - 비밀 보장

수입 정보

기억하십시오: 수입 증명을 신청서와 함께 첨부해야 합니다.

귀 가족의 수입 정보를 제공해야 합니다. 재정 원조 판결을 받으려면 수입 증명을 요합니다.

18 세 이상 모든 가족의 수입을 공개해야 합니다. 서류를 제출하지 못할 경우, 귀하의 수입을 제시하는 서명한 진술서를 요합니다. 확인된 모든 수입 출처의 수입 증명을 제출하십시오.

수입 증명의 예로는 다음을 포함함:

- "W-2" 세금 징수 명세서; 혹은
- 현 급여 명세서(3 개월간); 혹은
- 적용할 경우, 스케줄을 포함한 지난해 세금 보고서; 혹은
- 고용주 또는 관계인이 작성하고 서명한 진술서; 혹은
- 메디케이드 및/또는 주정부-자금 지원 보조 적격성 승인/거부 서류; 혹은
- 실직 수당 적격성 승인/거부 서류.

수입 증명이나 무수입 증명을 제출하지 못할 경우, 이에 대한 설명서를 첨부하십시오.

추가 정보

재정적인 어려움, 임시 또는 계절에 따른 수입, 개인 손실 등 알리고자 하는 귀하의 현 재정 상황에 대한 이외 정보가 있을 경우, 추가 정보를 첨부해 주십시오.

환자 동의

본인은 오버레이크 병원 메디칼 센터/오버레이크 의료 진료소, LLC 가 재정 원조 또는 지불 계획의 적격성을 판결하기 위하여 기타 출처로부터 본인의 신용 정보를 검토함으로써 정보를 확인할 것을 이해합니다.

본인은 이상 정보가 본인이 아는 한 정확하며 사실임을 입증합니다. 본인이 제출한 정보가 허위로 판단될 경우, 그 결과로 재정 원조가 거부될 것이며 서비스에 대한 비용을 책임지고 지불할 것을 인지합니다.

신청자 서명

날짜