

재정 지원 신청서



중요 공지: 치료를 무료 또는 할인된 비용으로 받을 수 있습니다: 이 신청서를 작성하면 AdventHealth가 무료 또는 할인된 서비스 내지 의료비를 지불하는 데 도움이 되는 기타 공공 프로그램의 혜택을 받을 수 있는지 여부를 결정하는 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. 사회 보장 번호를 제공할 필요는 없지만 제공하는 경우 AdventHealth는 사용자가 공공 프로그램에 참여할 수 있는지 여부를 결정하는 데 도움이 됩니다. "선택"으로 표시된 신청서의 문항에 대한 응답(또는 무응답)은 신청 결과에 전혀 영향을 미치지 않습니다.

본 양식을 작성하여 직접적으로, 우편으로, 전자우편 또는 팩스로 AdventHealth에 제출하여 서비스 날짜 이후 가능한 한 빨리 무료 또는 할인된 진료를 신청해 주십시오. 진료에 대한 첫 번째 대금 청구서 이후 240일까지 귀하의 신청서를 접수합니다. 신청서를 제출함으로써 귀하는 AdventHealth가 환자가 재정 지원을 받을 수 있는지를 판단하는 데 도움이 되도록 신청서에서 요청한 모든 정보를 제공하기 위해 선의의 노력을 기울였다는 것을 인정합니다. 신청 절차에 대해 문의 사항이 있거나 질문 또는 우려 사항이 있는 경우, AdventHealth 재정 상담 부서 844-652-0600 로 연락 주시면 됩니다.

비보험 환자 할인 신청 절차 또는 병원의 재정 지원 절차에 대한 민원 또는 우려 사항은 일리노이주 법무장관 하의 의료국에 보고할 수 있습니다. 의료국의 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 _____ 계정 번호 _____

성명(이름 및 성) _____

생년월일 _____ 결혼 여부 _____ 전화 번호 _____

선택 사항 - 성별 정체성 - 스스로 무엇이라고 생각하십니까?: 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 범주(또는 기타)

선택 사항 - 성별 정체성: 출생증명서에는 원래 어떤 성별이 기재되어 있습니까?: 남성 여성

선택 사항 - 인종: 백인 흑인 또는 아프리카계 미국인 아메리카 인디언 또는 알래스카 원주민계 아시아계 인디언 중국계

필리핀계 일본계 한국계 베트남계 기타 아시아계 하와이 원주민계 괌계 혹은 차모로족 사모아계

기타 태평양 도서 민족

선택 사항 - 민족: 히스패닉, 라틴, 혹은 스페인 혈통 멕시코, 멕시코계 아메리칸인, 치카노 푸에르토리코

쿠바 기타 히스패닉, 라틴 혹은 스페인 혈통

선택 사항 - 언어 - 가정에서 영어 외의 언어를 사용하십니까?: 예 아니오

그렇다고 응답하셨으면 어떤 언어입니까?: _____

우편 주소 _____ 도시 _____ 주 _____ 우편번호 _____

선택 사항 - 사회 보장 번호 _____

고용주 _____ 고용 상태 _____

고용주 전화 번호 _____

책임당사자 정보/법적 보호자 정보

(위의 환자가 책임당사자와 동일할 경우 이 섹션을 비워 두십시오.)

성명 (이름과 성) _____

생년월일 _____ 결혼 여부 _____ 전화 번호 _____

우편 주소 _____ 도시 _____ 주 _____ 우편번호 _____

사회 보장 번호 (선택) _____

고용주 _____ 고용 상태 _____

책임당사자 배우자 정보

(환자가 책임당사자와 동일할 경우 환자의 배우자 정보를 기입하십시오.)

성명 (이름과 성) _____

생년월일 _____ 결혼 여부 _____ 전화 번호 _____

우편 주소 _____ 도시 _____ 주 _____ 우편번호 _____

사회 보장 번호 (선택) _____

고용주 _____ 고용 상태 _____

고용주 전화 번호 _____

책임당사자의 부양가족

(환자가 책임당사자와 동일할 경우 환자의 배우자 정보를 기입하십시오.)

이름 _____ 생년월일 _____ 책임 당사자와의 관계 _____

이름 _____ 생년월일 _____ 책임 당사자와의 관계 _____

이름 _____ 생년월일 _____ 책임 당사자와의 관계 _____

이름 _____ 생년월일 _____ 책임 당사자와의 관계 _____

가정에서 생활하는 성인 및 어린이의 수 _____

월수입

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

신청자 소득 _____	아동 수당 수령액 _____
신청인 배우자 소득 _____	위자료 수령액 _____
사회 보장 혜택 _____	임대 재산 소득 _____
연금/퇴직 소득 _____	식료품 할인 구매권 _____
장애 소득 _____	신탁 기금 분배 수령액 _____
실업 보상 _____	기타 소득 _____
근로자 보상 _____	총 월수입 \$ _____
이자/매당 소득 _____	

월 생활비

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

주택 대출/월세 _____	자녀 양육비/이혼 수당 _____
관리비 _____	신용 카드 _____
전화 (유선) _____	의사/병원비 _____
휴대 전화 _____	자동차/자동차보험 _____
식료품비 _____	주택/재산 보험 _____
케이블/인터넷/위성 tv _____	의료/건강보험 _____
자동차 할부금 _____	생명 보험 _____
자녀 양육비 _____	기타 월지출 _____
	총 월지출 \$ _____

자산

현금/저축/당좌 예금 계좌 _____
주식/채권/투자/예금 증서 _____
기타부동산/2차 거주지 _____
보트/RV/모터사이클/레저 차량 _____
컬렉터 자동차/비필수 자동차 _____
건강 저금/유연 지출 계정 차량 _____

본인은 ADVENTHEALTH에 외부 신용 정보 사로부터 저의 정보를 얻을 수 있는 권한을 부여합니다. 제가 알고 있는 한도에서는 본 신청서의 내용이 사실이며, 정확하다는 것을 증명합니다. 저의 의료비 지불을 도울 자격이 있는 주, 연방 또는 지역 지원을 신청하겠습니다. ADVENTHEALTH가 제공된 정보를 확인할 수 있다는 것을 알고 있으며, ADVENTHEALTH가 이 신청서에 제공된 정보의 정확성을 확인하기 위해 제3자에게 연락하는 것을 승인합니다. 본 신청서에 고의로 거짓 정보를 제공하는 경우 재정 지원을 받을 자격이 없으며, 부여된 재정 지원이 취소될 수 있으며, 본인이 청구서를 지불해야 함을 이해합니다.

신청인의 서명 _____

날짜 _____

코멘트 _____



후원 서한

환자 의료기록 번호/계정 번호 _____

후원자 이름 _____

환자/신청자와의 관계 _____

후원자 주소 _____

AdventHealth 귀하

이 편지는 (환자명) _____ 은 소득이 거의 없고, 제가 생활비를 보조하고 있음을 알려드리기 위한 것입니다. 환자는 저에 대한 의무가 미미하거나 없습니다.

이 진술서에 서명함으로써, 본인은 주어진 정보가 본인이 아는 최대의 사실이라는 것에 동의합니다.

지원자 서명

일자 _____



환자/신청자님께,

AdventHealth는 동정심을 기반으로 사업하며 모든 사람, 특히 가장 도움이 필요한 사람들을 위한 개인 전용 치료를 제공하는 데 전념하고 있습니다. 환자들에게 재정적인 도움을 주는 것이 우리의 사명이고 특권입니다. 재정 지원은 응급 및 기타 의료상 필요한 진료에만 제공됩니다. 저희를 믿고 의료 서비스를 필요로 하는 귀하와 귀하의 가족을 맡겨 주셔서 감사합니다.

귀하의 요청으로 이 편지와 첨부된 재정 지원 신청서를 보내드립니다. 이것을 요청하지 않았다면 무시해 주십시오. 반환하기 전에 서명 및 날짜를 포함하여 양쪽면의 필드를 모두 작성해 주십시오. 만약 귀하가 지난 6개월 이내에 신청을 완료하고 재정 지원을 승인받으셨다면, 저희에게 알려주십시오. 새로운 신청서를 작성할 필요가 없을 수 있습니다. 저희는 6개월 이상 된 사전 신청은 고려하지 않습니다.

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

- 고용주가 최근에 지급한 3개월 동안의 급여 명세서 사본
- 최근 연간 소득 신고서 사본(자영업자일 경우 모든 스케줄 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

만약 귀하가 가족이나 친구의 집에서 도움을 받거나 같이 살고 있다면, 그들에게 "지원 서한"이라고 적힌 첨부 양식을 작성하도록 하십시오. 이 서한 작성을 통해 해당인들은 귀하의 의료비에 대한 책임을 지지 않게 될 것입니다. 이것은 귀하가 어떻게 생계 비용을 감당할 수 있는지 보여주는 데 도움이 될 것입니다. 가족과 친구로부터 아무런 도움도 받지 않고 있다면, 지원 서한 양식을 작성할 필요가 없습니다.

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 삼갈 것을 당부합니다.

인쇄하여 작성한 신청서를 아래 주소로 발송해주세요.

AdventHealth PFS
Attention: Financial Assistance Department
1000 Remington Blvd., Suite 110
Bolingbrook, IL 60440

본 신청 내용에 대해 질문이 있으시면
888-693-2252로 환자 담당자에게 전화 주십시오.

감사합니다.

환자 재정 서비스
AdventHealth