

재정 지원 신청

환자 계정 번호: _____

중요: 무료 또는 할인된 치료를 받을 수도 있습니다.

이 신청서를 완료하면 NorthShore University HealthSystem(NorthShore)에서 귀하가 무료 또는 할인된 서비스를 받을 수 있는지 또는 귀하의 의료비용을 지불할 수 있는 기타 공공 프로그램을 이용할 수 있는지를 결정하는 데 도움이 됩니다. 귀하가 보험에 가입하지 않은 경우, 무료 또는 할인된 치료를 받을 자격을 얻기 위해 소셜시큐리티번호(Social Security Number)가 필요하지 않습니다. 하지만, 소셜시큐리티번호는 Medicaid와 같은 일부 공공 프로그램에는 필요합니다. 소셜시큐리티번호를 제공할 필요는 없지만 귀하가 어떤 공공 프로그램에 자격이 있는지를 NorthShore가 결정하는 데 도움이 됩니다.

서비스를 받은 날짜 이후 가능한 빨리 이 양식을 작성하여 NorthShore가 재정 지원에 대한 귀하의 자격 여부를 결정할 수 있도록 해주십시오. NorthShore는 치료에 대한 첫 번째 청구서 이후 최대 240일 동안 귀하의 신청을 받습니다.

환자는 NorthShore가 재정 지원에 대한 환자의 수급 자격 여부를 결정하는 데 도움이 되기 위해 신청서에 요청된 모든 정보를 제공하기 위해 성실한 노력을 기울였음을 인정합니다.

설명: 신청서를 빠짐없이 작성하시고 정보를 확인할 수 있도록 허가서에 서명하십시오.				
신청자 정보				
이메일 주소			가구 규모)환자 포함(
성	이름	생년월일	소셜시큐리티번호	
중간 이니셜				
거리 주소	아파트 번호	시	주	우편번호
				집 전화번호
직장 이름		직장 주소		휴대 전화번호
직장 시	주	우편번호	총 월 수입	직장 전화번호
배우자/보증인 또는 미성년자의 부모(해당되는 경우)				
이메일 주소			환자와의 관계	생년월일
성	이름	중간 이니셜		소셜시큐리티번호
거리 주소	아파트 번호	시	주	우편번호
				집 전화번호
직장 이름		직장 주소		휴대 전화번호
직장 시	주	우편번호	총 월 수입	직장 전화번호

추정 수급 자격:

보험에 들지 않은 환자가 개별적으로 또는 가족에게 제공되는 혜택을 통해 아래 열거된 추정 수급 자격 기준(Presumptive Eligibility Criteria) 중 하나를 증명하는 경우 자동으로 무료 치료를 받을 자격이 있으며 소득 증거를 요구하지 않습니다. NorthShore는 가능하면 전자상으로 자격 여부를 확인하지만, 귀하의 자격을 증명하는 데 귀하의 도움이 필요할 수 있습니다.

해당되는 사항을 가능한 많이 체크 표시하십시오.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> WIC | <input type="checkbox"/> LIHEAP: 저소득 가정 에너지 보조 프로그램(LOW INCOME HOME ENERGY ASSISTANCE PROGRAM) |
| <input type="checkbox"/> SNAP | <input type="checkbox"/> 지역사회 기반 의료 지원 프로그램 |
| <input type="checkbox"/> 일라노이 주 무료 점심/아침 식사 | <input type="checkbox"/> 의료 서비스 보조금 지원(GRANT ASSISTANCE FOR MEDICAL SERVICES) |
| <input type="checkbox"/> 감금됨 | <input type="checkbox"/> TANF: 빈곤가정에 대한 일시적 지원(TEMPORARY ASSISTANCE FOR NEEDY FAMILIES) |
| <input type="checkbox"/> 노숙자 | <input type="checkbox"/> 개인 파산(케이스 번호 _____ 퇴원일 _____) |
| <input type="checkbox"/> 재산 없이 사망 | <input type="checkbox"/> 종교 집단과의 연계 및 가난의 서약 |

재정 지원 신청

환자 계정 번호: _____

- MEDICAID 자격이 있지만 서비스 날짜에는 없었거나 비보장 서비스의 경우
- 일리노이 주 주택 개발청의 주택 임대 지원 프로그램
- 환자를 대신해 줄 사람이 없는 정신적 무능력

**** 추정 수급 자격을 입증하는 경우 수입 정보를 제공할 필요가 없습니다. 다음 페이지에 있는 신청자 증명서에 서명해야 합니다.**

소득 정보:

아래와 같이 요구 서류를 제출해 주십시오(해당되는 경우). 제출되지 않은 서류가 있을 경우 신청 처리가 지연되거나 거부될 수 있습니다.

신청자, 신청자의 배우자/동거인 또는 신청자/환자가 미성년자인 경우 부모나 보호자에 대해 다음의 서류를 제출해 주셔야 합니다. 본인의 소득과 관련하여 제출할 수 없는 서류가 있을 경우, 본 신청서 마지막 페이지에 나와 있는 지원 서한을 작성해 주시기 바랍니다.

피고용자의 경우:

- 전년도 세금 신고서 사본
- 최근 2 차례의 급여명세서 사본
- 모든 당좌(checking), 저축(savings), 신용협동조합(credit union) 계좌에 대한 최근 2 차례의 입출금 내역서 사본

자영업자의 경우:

- 전년도 세금 신고서 사본
- 모든 당좌(checking), 저축(savings), 신용협동조합(credit union) 계좌에 대한 최근 2 차례의 입출금 내역서 사본

실직자의 경우:

- 전년도 세금 신고서 사본
- 수당 금액이 명시되어 있는 실업수당 지급 확인서 사본
- 퇴직일이 명시된 이전 고용주의 서한
- 지원 확인서(본 신청서 마지막 페이지의 서한을 작성하십시오)

전일제 학생의 경우:

- 대학 등록 증명서(전일제 학생 신분임이 표시된 컬리지/대학교의 서한 또는 학자금/재정 증빙서류 포함)

은퇴자 또는 장애인의 경우:

- 전년도 세금 신고서 사본(해당되는 경우)
- 월 수당 금액이 명시된 사회보장국(Social Security Administration)의 최근 지급 확인서 사본
- 모든 당좌(checking), 저축(savings), 신용협동조합(credit union) 계좌에 대한 최근 2 차례의 입출금 내역서 사본

기타 비임금 소득 증명서:

본인의 재정 상황에 해당되는 경우 다음의 정보를 제공해 주십시오.

- 배우자 및/또는 자녀 지원 서한
- 임대 부동산 소득
- 투자 부동산 소득
- 그 외 위에 나와 있지 않은 기타 소득원

재정 지원 신청

환자 계정 번호: _____

가족/가구 정보

가족/가구의 사람 수	
환자의 부양 가족 수	
환자의 부양 가족 연령	

기타 정보:

재정적 어려움을 보여주는 많은 금액의 미결제 청구서 등 NorthShore가 신청에 관해 결정을 내리는 데 도움이 될 수 있는 추가 문서가 있는 경우 이들 문서(예: 전화 요금 고지서, 전기 요금, 의료비 청구서, 은행 또는 당좌 예금 입출금 내역서 등...)를 제공해 주십시오.

신청 증명서:

본인은 이 신청서에 있는 정보가 본인이 알고 있는 한 사실이며 정확함을 증명합니다. 본인은 이 NorthShore 청구서를 지불하는 데 도움이 되도록 본인이 자격이 될 수 있는 모든 주, 연방 또는 지방 지원을 신청합니다. 본인은 제공된 정보를 NorthShore가 확인할 수 있음을 이해하고 본인은 이 신청서에 제공된 정보의 정확성을 확인하기 위해 제3자에게 연락하는 것을 허용합니다. 본인은 이 신청서에 의도적으로 허위 정보를 제공한 경우, 재정 지원을 받을 자격이 없게 되며, 본인에게 부여된 모든 재정 지원이 반복될 수 있으며, 본인이 NorthShore 청구서를 지불할 책임이 있음을 이해합니다.

신청자 서명: _____ 날짜: _____

작성된 신청서 제출 방법:	도움이 필요하십니까? 저희가 도와드릴 수 있습니다.
<p>우편: NorthShore University HealthSystem Patient Financial Services P.O. Box 1006, Suite 330 Skokie, IL 60076-9877</p> <p>팩스: (847) 982-6957</p> <p>직접 제출: 병원 중앙 등록 창구를 방문하여 병원 재정 카운셀러에게 가져오십시오.</p>	<p>(847) 570-5000 번으로 전화하시거나 병원 중앙 등록 창구를 방문하여 병원 재정 카운셀러와 만나십시오.</p>
<p>Swedish Hospital:</p> <p>우편: Swedish Hospital Financial Service Center 5145 N. California Ave. Chicago, IL 60625</p> <p>팩스: (773) 878-6838</p> <p>직접 제출: 재정 서비스 센터를 방문하여 병원 재정 카운셀러에게 제출하십시오</p>	<p>Swedish Hospital:</p> <p>(773) 989-3841 번으로 전화하시거나 또는 재정 서비스 센터를 방문하여 병원 재정 카운셀러에게 문의하십시오</p>

숙식 제공 진술서/지원 확인서

본 양식은 숙식을 제공하는 당사자가 작성해야 하며 신청자가 법적 배우자가 아닌 사람과 함께 살고 있는 경우에만 작성해야 합니다

본인은 현재 _____에게 숙식을 제공하고 있습니다. (정자체로 신청자의 이름)

숙식을 제공하는 곳의 주소는 _____입니다.

본인은 주당/월당 (하나에 동그라미) 현금 \$ _____를 제공하고 있습니다.

기타 지원(설명해 주십시오) _____

지원을 제공하는 당사자의 이름과 주소(정자체로 기입해 주십시오)

이름: _____

주소: _____

전화번호: _____

신청자의 서명: _____ 날짜: _____

지원을 제공하는 당사자의 서명: _____ 날짜: _____