

재정 지원 신청서 자선 진료 및 할인 결제 지원

공지 및 지원

이 신청서는 자선 진료 또는 할인 결제 지원을 요청하는 데 사용됩니다. 어떤 프로그램을 신청해야 할지 확실하지 않은 경우, 무료 도움을 받기 위해 비즈니스 오피스에 연락하십시오. 병원 서비스를 받기 전, 받는 동안 또는 받은 후 언제든지 신청할 수 있습니다.

자격은 가족 소득과 가족 규모를 기준으로 합니다. 현금성 자산은 고려되지 않습니다. 은행 계좌 번호, 잔액, 투자, 은퇴 계좌, 주택 가치, 차량 가치 또는 기타 자산 정보를 제공하지 마십시오.

무료 언어 지원 및 점자, 큰 글자, 오디오, 접근 가능한 전자 형식 등 접근 가능한 형식은 (213) 314-1492 로 전화하거나 비즈니스 오피스를 방문하여 요청할 수 있습니다.

신청 프로그램

하나 선택: 자선 진료 할인 결제 지원 둘 다 / 확실하지 않음

중요: 할인 결제 지원만 신청하면 자선 진료 프로그램에서 받을 수 있는 지원보다 적은 재정 지원을 받을 수 있습니다. 확실하지 않으면 “둘 다 / 확실하지 않음”을 선택하거나 비즈니스 오피스에 무료 도움을 요청하십시오.

병원 위치

하나 선택: L.A. Downtown Medical Center West Covina Medical Center

환자 정보

서비스 날짜:	
환자 이름:	
생년월일:	
우편 주소:	
시 / 주 / 우편번호:	
전화번호:	

성별: 남성 여성 기타 / 답변 원하지 않음

민족성 - 선택 사항이며 자격 결정에 사용되지 않음:

민족성: 백인 흑인 히스패닉/라틴계 아메리카 원주민/알래스카 원주민

민족성 계속: 아시아계/태평양 섬 주민 기타 답변 원하지 않음

프로그램, 보험 및 가족 규모

가능한 제 3자 지급 출처: 민간 보험 Medi-Cal Medicare 본인 부담 기타 없음

주요 소득원: 고용 자영업 사회보장 장애 급여 실업

주요 소득원 계속: 은퇴/연금 공공 지원 부양 지원 기타 없음

병원이 할인 결제 지원 신청서를 검토하기 전에 다른 건강 보장에 먼저 신청할 필요는 없습니다.

가족 규모에 포함되는 환자와 가족 구성원을 기재하십시오.

이름	환자와의 관계	나이	성별

가족 소득

가족 소득을 월 소득 또는 연 소득으로 기재하십시오. 가능한 경우 소득 증빙 서류를 첨부하십시오.

소득원	월 금액	연 금액
임금 - 환자	\$	\$
임금 - 배우자 / 동거 배우자	\$	\$
임금 - 기타 가족 구성원	\$	\$
자영업 / 농업 소득	\$	\$
공공 지원 / 사회보장 / 장애 급여	\$	\$

소득원	월 금액	연 금액
실업 / 산재보상 / 파업 수당	\$	\$
배우자 부양비 / 자녀 양육비 / 군인 수당	\$	\$
연금 / 은퇴	\$	\$
배당, 이자, 임대 소득 또는 기타	\$	\$

소득 서류

최근 급여명세서 또는 최근 소득세 신고서를 첨부할 수 있습니다. 해당 서류가 없으면 가족 소득을 보여 주는 다른 서류를 제공할 수 있습니다. 병원은 다른 형태의 소득 서류를 받을 수 있지만 특정 대체 서류를 요구하지 않습니다. 최근 급여명세서는 일반적으로 최초 병원 청구서 전후 6개월 이내 또는 사전 서비스 신청일로부터 6개월 이내의 급여명세서를 의미합니다. 최근 세금 신고서는 일반적으로 최초 병원 청구서가 발행된 해 또는 최초 병원 청구서 전 12개월의 신고서를 의미합니다. 자산 정보는 필요하지 않으며 사용되지 않습니다.

서비스 및 계정 정보

서비스 유형	서비스 단위	금액 / 설명	날짜
병원 입원	입원 일수	청구 금액: \$ _____	
병원 외래	외래 일수	수령한 결제액: \$ _____	
기타	기타 조정 / 감면: \$ _____	환자 책임액 \$ _____	

비용 - 선택 사항

비용 정보는 기본 자격에 필요하지 않습니다. 고액 의료비 자격, 결제 계획 옵션 또는 기타 지원을 평가하는 데 사용될 수 있습니다.

비용	월 금액	비용	월 금액
모기지 / 임대료	\$	건강 보험	\$
공과금 / 전화	\$	의료비 / 병원 / 의사	\$
식비	\$	약품 / 자동차 대출 / 기타	\$

자산 정보 불필요

현금성 자산, 은행 조회, 계좌 번호, 계좌 잔액, 투자 잔액, 은퇴 계좌 잔액, 부동산 가치, 차량 가치 및 기타 자산 정보는 필요하지 않으며 재정 지원 자격 결정 시 고려되지 않습니다.

소득 계산 - 병원용 또는 신청자 지원

계산 항목	금액 또는 값
총 월 총소득	\$
해당되는 경우 월 공제액 차감	\$
조정 월 순소득	\$
가족 규모	
계산된 경우 FPL 비율	

신청자 진술

본인은 제가 제공한 답변이 본인이 아는 한 사실이고 정확함을 위증 시 처벌을 받는 조건으로 선언합니다.

본인은 소득, 비용, 가구 규모, 가구 구성원 또는 주소에 변경이 있는 경우 10일 이내에 제공자에게 알리는 데 동의합니다.

본인은 제가 제공한 정보가 법에서 요구하는 대로 기밀로 유지됨을 이해합니다.

본인은 자산 정보가 필요하지 않으며 재정 지원 자격 결정에 사용되지 않음을 이해합니다.

사고 또는 부상으로 의료 서비스를 받은 경우, 법이 허용하는 범위 내에서 해당 사고 또는 부상과 관련된 소송 또는 합의금에서 제공자에게 상환하는 데 동의합니다.

신청자 / 위임 대리인 서명	날짜

병원 심사 및 서면 결정

병원은 완료된 신청서를 검토하고 서면 자격 결정을 제공합니다.

결정: 승인됨 거부됨 추가 정보 필요

의견: _____

심사자 서명 / 날짜: _____

병원 전용

자격은 가족 소득과 가족 규모를 기준으로 해야 합니다. 현금성 자산 또는 기타 자산 정보를 사용하지 마십시오.

환자가 재정 지원 자격이 있는 것으로 보이거나 지원을 요청하는 경우, 계정을 추심으로 회부하기 전에 병원

정책을 따르십시오.

질문 또는 불만 정보

질문이 있거나 신청 도움이 필요하면 비즈니스 오피스 (213) 314-1492 로 연락하십시오. 재정 지원이 부당하게 거부되었다고 생각하는 경우, California Hospital Bill Complaint Program 에 HospitalBillComplaint.hcai.ca.gov 에서 불만을 제기할 수 있습니다.