



**병원 재정 지원 프로그램 신청서**  
 (Hospital Financial Assistance Program Application)  
 P.O. Box 748733  
 Atlanta, Georgia 30374  
 전화: 470-245-9998

환자 정보 미국 거주자:  예  아니요

의료기록번호(Medical Record Number, MRN): \_\_\_\_\_ 병원명: \_\_\_\_\_

환자 성명: \_\_\_\_\_ SS#: \_\_\_\_\_ 생년월일: \_\_\_\_\_

보증인 및 배우자 정보 
 기혼  이혼  별거  사별  미혼

보증인 성명: \_\_\_\_\_ SS#: \_\_\_\_\_ 환자와의 관계: \_\_\_\_\_

생년월일: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 집 주소: \_\_\_\_\_

전화번호: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ 기타 전화번호: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

고용주 1: \_\_\_\_\_ 주소: \_\_\_\_\_

직장 번호: \_\_\_\_\_ 직위: \_\_\_\_\_ 연봉 또는 시급: \_\_\_\_\_ 정규직, 파트타임 또는 실업근로 (하나에 동그라미 표시)

고용주 2: \_\_\_\_\_ 주소: \_\_\_\_\_

직장 번호: \_\_\_\_\_ 직위: \_\_\_\_\_ 연봉 또는 시급: \_\_\_\_\_ 정규직, 파트타임 또는 실업근로 (하나에 동그라미 표시)

배우자 성명: \_\_\_\_\_ SS#: \_\_\_\_\_ 생년월일: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

고용주 1: \_\_\_\_\_ 주소: \_\_\_\_\_

직장 번호: \_\_\_\_\_ 직위: \_\_\_\_\_ 연봉 또는 시급: \_\_\_\_\_ 정규직, 파트타임 또는 실업근로 (하나에 동그라미 표시)

고용주 2: \_\_\_\_\_ 주소: \_\_\_\_\_

직장 번호: \_\_\_\_\_ 직위: \_\_\_\_\_ 연봉 또는 시급: \_\_\_\_\_ 정규직, 파트타임 또는 실업근로 (하나에 동그라미 표시)

**법적 부양가족(연방 세금 양식에 청구되는 부양가족만 기재)**

성명(이름, 중간 이름, 성)	생년월일(mm/dd/yy)	관계	
	/ /		Medicaid 신청 여부 예 _____ 아니요 _____  COBRA 자격 대상 여부 예 _____ 아니요 _____
	/ /		
	/ /		
	/ /		

**자산 및 기타 소득원**

당좌예금 잔고: \$ \_\_\_\_\_ 은행명: \_\_\_\_\_ 저축예금 잔고: \$ \_\_\_\_\_ 은행명: \_\_\_\_\_

수입입출금식 저축성예금 잔고: \$ \_\_\_\_\_ 은행명: \_\_\_\_\_ 사회보장: \$ \_\_\_\_\_ 월 연금: \$ \_\_\_\_\_

위자료: \$ \_\_\_\_\_ 자녀 양육비: \$ \_\_\_\_\_ 양도성예금증서(CD): \_\_\_\_\_

기타 자산(예: 주식, 채권 등): 유형: \_\_\_\_\_ 금액(\$): \_\_\_\_\_

학자금 대출 환급 수령 여부  예 또는 아니요(하나에 동그라미 표시) 학자금 환급액: \$ \_\_\_\_\_

지난 3년간 파산 신청을 하신 적이 있습니까?  예 또는 아니요(하나에 동그라미 표시) 예인 경우, 날짜 기재: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

임대 부동산을 소유하고 계십니까?  예 또는 아니요(하나에 동그라미 표시) 예인 경우, 월 수입 \$ \_\_\_\_\_ 부동산 금액: \$ \_\_\_\_\_

Wellstar Health System은 Wellstar 병원에서 의학적으로 필요한 치료를 받았지만 해당 치료에 대한 비용을 지불할 수단이

제한적이거나 없는 환자에게 재정적 지원을 제공하기 위해 최선을 다하고 있습니다. Wellstar는 재정 지원 프로그램에 따른 지불 능력이나 자격에 관계없이 모든 개인에게 응급 의료 서비스를 제공합니다.

Wellstar 병원의 재정 지원 자격을 얻으려면 공공 및 민간 지급 프로그램에서 대체 지급원 또는 보장 범위를 식별하고 결정하는 데 Wellstar의 협력이 필요합니다. 재정 지원 자격을 갖추기 위해서는 다음 정보가 필요합니다

**신청서 정보:**

사실의 정확한 정보를 작성하고 서명한 재정 지원 신청서를 제출합니다. 그리고 모든 재정 지원 신청자는 다음 중 해당하는 항목을 제출하여 가계소득 및 가계자산 증빙 서류를 제공해야 합니다.

최신 국세청 (Internal Revenue Service, IRS) 양식 1040 및 IRS 양식 1040과 일치하도록 지난해 발급된 IRS W-2/1099(해당되는 경우)

**현 재정 상황에 따라 다음 서류 제공:**

- 가장 최근 삼(3)개월분의 급여 명세서 또는 고용주의 총 임금 확인 명세서 및 가장 최근 이(2)개월분의 가구에 대한 당좌예금, 저축예금, 수시입출금식 저축성예금 또는 기타 은행 또는 투자 계좌에 대한 은행거래 내역서 제출. 공란 페이지를 포함한 모든 페이지. 또는
- 최신 IRS 양식 1040(모든 명세서 포함) 및 IRS 양식 1040과 일치하도록 지난해 발급된 IRS W-2/1099 (해당되는 경우)

**추가 서류(해당되는 경우)**

- 기타 모든 소득에 대한 최근 이(2)개월 동안의 서면 명세서(예: 실업 수당, 장애, 퇴직, 학자금 대출, 사회보장국(Social Security Office)의 수여 통지서, 모든 자영업 신청자의 최신 손익보고서, 가구의 법원 명령 위자료 서류, 법원 명령 자녀양육비 서류 또는 혜택 카드 활동 명세서(빈곤가정임시지원(Temporary Assistance to Needy Families, TANF)) 등)
- 실업 기간이 3개월 미만인 경우--전 고용주의 고용 종료 통지서
- 실업 기간이 3개월 초과인 경우--임금 조회(노동부(Department of Labor))
- 실업 수당 거부통지서
- 재산 가치 서류(재산세 명세서, 예금증서 및 기타 투자 명세서를 포함하되 이에 국한되지 않음)
- 환자에게 소득 또는 현물 지원을 기부하는 개인의 기부 명세서
- 문서에 어떠한 수정이나 편집은 허용되지 않음

위 정보는 귀하의 신청서를 처리하기 위해 30일 이내에 접수되어야 합니다. Wellstar Health System의 재정 지원 프로그램에 따라 재정 지원 검토 대상이 되는 계정은 1차 퇴원 후 청구서 날짜로부터 240일 이내에 작성된 신청서를 제출해야 합니다. Wellstar는 규정을 준수하지 않는 경우, 재정 지원 프로그램에 대한 귀하의 계정을 처리하지 않을 권리가 있습니다. Wellstar에 다음 주소로 질의 사항 및 본 신청서 관련 지원을 문의하실 수 있습니다.

Single Billing Office (SBO) Financial Assistance Program (FAP) Department, P.O. BOX 748733 Atlanta, GA 30374, 팩스 번호: 770-792-1737 또는 전화번호: 470-245-9998

**의견란:**

본인은 이에 따라 Wellstar에서 본인의 재정 지원 프로그램 적격성을 결정해 줄 것을요청합니다. 본인의 연간 소득과 가구 규모에 대해 본인이 제출한 정보가 입증되어야 함을 이해합니다. 또한 본인이 제출한 정보가 거짓으로 판명될 경우, 그러한 결정으로 재정 지원 적격성이 거부될 수 있다는 점도 이해합니다. 본인은 또한 본인의 Wellstar 계정 청구액을 지급하는 데 이용할 수 있는 모든 지원(예: Medicaid, Medicare, 국가 보조금(암), 직업 재활, 보험 등)에 대한 신청 및 심사 절차를 준수하는 데 동의합니다. 본인은 이러한 지원을 받기 위해 필요하다고 판단되는 모든 조치를 취하는 데 적극 협조할 것이며, Wellstar 청구액에 대해 회수된 금액을 Wellstar에 양도 또는 지불할 것입니다. 본인은 재정 지원 프로그램 조정이 이루어진 후 남은 잔여액을 지급하는 데 동의합니다. 그렇지 않을 경우, 재정 지원 프로그램 할인이 취소될 수 있습니다. 작성된 재정 지원 프로그램 신청서는 보증인별로 적용됩니다.

본인은 위의 정보가 본인이 아는 한 사실이고 정확함을 확인합니다.

보증인 서명: \_\_\_\_\_ 날짜: \_\_\_\_\_

## 요청된 문서 대신 허용 가능한 상황 및 추가 문서:

- 당해 연도 소득이 세금 신고서의 소득보다 적은 경우, 세금 신고서 대신 2개월분의 은행거래 내역서(페이지 생략 없음)와 3개월분의 급여명세서 제출

최신 연방 소득세 신고서 사본을 제출할 수 없는 경우 다음 중 두 가지 서류 제출

(모든 W-2, 1099 및 명세서 포함):

- 최근 삼(3)개월분의 급여 명세서(또는 실업 증명서) 제출 및 모든 당좌예금, 저축예금, 수시입출금식 저축성예금 계좌에 대한 두(2)가지 현 은행거래 내역서 제출(페이지 생략 없음)
  - 은행 계좌에 추가 입금액이 있는 경우, 해당 입금액에 대한 증빙 서류 필요
    - 증여 또는 대출금의 경우, 해당 금액의 증여자 또는 대출자의 서한
    - 상속의 경우, 해당 금액을 증빙하는 공증 서한
    - IRA, 401k 또는 기타 퇴직금 분배 또는 주식/채권 매각의 경우 분배 액수를 검증하기 위한 해당 계좌의 명세서
    - 생명보험 대출의 경우, 분배를 입증하는 해당 계좌의 명세서
    - 자동차 매각의 경우, 매매 계약서 사본
    - 자녀양육비의 경우, 명령된 자녀 부양을 입증하는 이혼 판결 사본
    - 급여 명세서를 제공하지 않는 직업의 경우, 급여액과 지급 빈도를 명시한 고용주(친구 또는 가족 구성원도 해당)의 서한
  - 지난 3개월 동안 소득이 없는 경우, 신청인을 돕고 있는 해당인의 부양 서한 및 노동부의 임금 조회(신청자에게 사회보장번호가 있는 경우)
- 그 외 상황:
- 환자가 자녀와 함께 살고 있는 부모이고 자녀가 세금 신고서를 부모에게 청구하는 경우
    - 은행거래 내역서, 고용 급여 명세서 및 지원 서한 제출
  - 환자가 노숙인인 경우
    - 임금 조회 제출 또는
    - 현금으로 지급받는 경우, 신청인의 소득 명세서 및 신청인과 함께 살고 있는 가족의 지원 서한 필요
  - 환자/신청인이 21세 미만이며 다른 사람의 세금 보고서에 부양가족으로 기재된 경우
    - 세금 보고서, W-2, 1099 제출(부모의 모든 명세서 포함)
    - 부모가 세금을 신고하지 않은 경우, 부모의 은행거래 내역서 및 급여 명세서 제출