



WellStar 건강 시스템
 병원 재정 지원 프로그램 신청서
 개정일: 2016년 6월 21일

LD-24-01-JA4L Korean Rev 6/16

P.O Box 670747
 Marietta, Georgia 30066
 전화번호: 770-792-1791

환자 정보 미국 거주자 예 아니오

계정 번호: _____ 법인: _____
 이름: _____ 사회보장번호: _____ 생년월일: _____

보증인 및 배우자 정보 기혼 이혼 별거 중 사별함

이름: _____ 사회보장번호: _____ 환자와의 관계: _____

생년월일: ____ / ____ / ____ 집 주소: _____

전화번호: (____) _____ 기타 연락처: (____) _____

직장: _____ 주소: _____

직장 전화번호: _____ 직책: _____ 연봉 또는 시간별 수당: _____ 풀 타임 근무 또는 파트 타임 근무 (해당 사항에 동그라미)

배우자 이름: _____ 사회보장번호: _____ 생년월일: ____ / ____ / ____

직장: _____ 주소: _____

직장 전화번호: _____ 직책: _____ 연봉 또는 시간별 수당: _____ 풀 타임 근무 또는 파트 타임 근무 (해당 사항에 동그라미)

법적 부양 가족 (정부 세금 신고서에 기재할 수 있는 부양 가족만을 나열해 주십시오.)

이름 (이름, 중간 이름, 성)	생년월일 (월/일/년)	관계	
	/ /		메디케이드(Medicaid)에 지원하신 적이 있습니까? 예 <input type="radio"/> 아니오 <input type="radio"/> 코브라(Cobra) 해당 자격이 있으십니까? 예 <input type="radio"/> 아니오 <input type="radio"/>
	/ /		
	/ /		
	/ /		
	/ /		

자산 및 기타 수입원

당좌 예금 계좌 잔액 \$ _____ 은행명: _____ 저축 통장 잔액 \$ _____ 은행명: _____

월별 연금 \$ _____ 사회 보장 지원금: \$ _____ 개인 퇴직 연금(IRA) \$ _____ 예금 증서 \$ _____ 자녀 양육비 \$ _____

학자금 대출 환불금을 제공받고 계십니까? 예 또는 아니오 (해당 사항에 동그라미) 학자금 환불금 \$ _____

이혼 수당 \$ _____ 지주: 예 또는 아니오 (해당 사항에 동그라미) 가치 \$ _____ 기타 자산 (예: 주식, 채권, 401K) \$ _____

임대 부동산을 소유하고 계십니까? 예 또는 아니오 (해당 사항에 동그라미) “예”를 선택했을 경우, 그로 인해 발생하는 월별 수입은 얼마입니까? \$ _____ 부동산 가치는 얼마나 됩니까? \$ _____

지난 3년 동안 파산 신청을 한 적이 있습니까? 예 또는 아니오 (해당 사항에 동그라미) “예”를 선택했을 경우, 날짜를 적어 주십시오: ____ / ____ / ____

주식이나 채권을 소유하고 계십니까? 예 또는 아니오 (해당 사항에 동그라미) “예”를 선택했을 경우, 그 가치가 얼마나 됩니까? \$ _____

WellStar 건강 시스템은 WellStar 병원에서 의료상 필요한 치료를 받고자 했으나 이러한 치료 비용이 부족하거나 이를 부담할 수 없는 환자들을 위한 재정 지원을 제공하는 데 헌신하고 있습니다. WellStar는 재정 지원 프로그램 등록 자격이 있는지, 또는 치료에 대한 비용을 지급할 수 있는지에 상관없이 모든 이들에게 응급 의료 치료를 제공할 것입니다.

WellStar 병원의 재정 지원 프로그램 해당 자격을 얻는 과정에서, 공공 또는 사적 지급 프로그램이 제공하는 지급 방법과 커버리지를 찾기 위한 WellStar와의 협력은 필수입니다. 재정 지원 프로그램 해당 자격을 얻기 위해서는 다음과 같은 자료가 필요합니다.

신청자 정보:

- 진실되고 정확하게 기재한 후 서명까지 날인한, 작성이 완전히 완료된 재정 지원 신청서를 제출하십시오. 또한,
- 모든 재정 지원 신청자는 다음 중 해당 가능한 모든 사항을 제출함으로써 가계 소득 증명 및 가계 자산 증명을 제공해야 합니다.

가장 최근의 정부 소득 신고서 사본을 제출할 수 없을 시, 다음 중 해당 가능한 모든 사항을 제출해야 합니다.

- 가장 최근의 삼 (3) 개월치 봉급 증명서나 총 수익을 입증해 주는 직장으로부터의 진술서, 또는
- 전년도에 발행된 IRS W-2, 또는
- 가장 최근의 IRS 1040 양식, 또는
- 각 당좌 예금 구좌 및 저축 계좌, 단기 금융계좌, 또는 기타 은행이나 투자 계좌의 가장 최근의 이 (2) 개월치 은행 명세표, 또는
- 가장 최근의 이 (2) 개월치 모든 기타 수입에 대한 서면 진술서 (예: 실업 수당, 장애 급여, 퇴직 급여, 학자금 대출, 사회 보장 사무실로부터의 지급 판정 통지서, 모든 자영업자 신청인의 경우 현 손익 계산 보고서, 이혼 수당 자료, 자녀 양육비 자료 등), 또는
- 실업 수당 지급 불가 통지서, 또는
- 부동산 세금 보고서, 예금 증서, 401k, 403b, 개인퇴직연금(IRA) 및 기타 투자 보고서를 포함하나 이에 제한되지 않는 자산 가치에 대한 보고 자료, 또는
- 환자에게 현물 지원 또는 수입을 제공하는 이들로부터의 공헌 진술서

이러한 정보는 여러분의 신청서를 처리하기 위해 꼭 제공되어야 합니다. 최초 퇴원 후 대금 청구서 날짜로부터 240일 이내에 위의 정보를 제공하지 못 할 경우, WellStar는 재정 지원 프로그램 승인을 위한 여러분의 신청서를 처리하지 않을 권리를 가집니다. 여러분은 이 신청서에 대한 지원 또는 질문에 대해 다음 연락처로 WellStar에 연락하실 수 있습니다.

SBO FAP Department, 805 Sandy Plains Road, Marietta, GA 30067 또는 전화번호 678-838-5750.

코멘트:

본인은 이와 함께 WellStar가 재정 지원 프로그램에 대한 본인의 해당 자격을 결정해 줄 것을 요청합니다. 본인은 본인이 제공하는 연 수입과 가계 규모에 대한 정보가 입증되어야 함을 이해합니다. 또한, 본인은 만약 본인이 제공하는 정보가 거짓으로 판명될 경우, 이것이 재정 지원 시스템 해당 자격 부여가 거절 될 수 있음을 이해합니다. 본인은 나아가 본인의 WellStar 이용 계정에 대한 비용을 위해 제공되는 모든 지원에[예: 메디케이드(Medicaid), 메디케어(Medicare), 주 정부 지원(암의 경우), 직업 재활, 보험 등] 신청서를 작성할 것임에 동의합니다. 본인은 이러한 지원을 위해 필요하다고 여겨지는 모든 행동을 취할 것임에 완전히 협력하며 WellStar 비용을 위해 제공받는 비용이 WellStar에게 가도록 할 것입니다. 본인은 재정 지원 프로그램 조정이 적용된 후 남은 모든 비용을 지불할 것에 동의합니다. 이를 실천하지 못할시 재정 지원 프로그램 할인 취소에 이를 수 있습니다. 작성 완료된 재정 지원 프로그램 신청서는 보증인 한 명에 해당됩니다.

본인은 이상 제공된 정보가 본인이 알고 있는 한 사실이며 정확함을 단언합니다.

보증인 서명: _____ 날짜: _____
