

날짜: _____

계정(들): _____

환자분에게: _____

Enloe Health는 건강 보험이 없는 환자와 의료적으로 필요한 치료 비용을 지불하기 위해 의료 비용이 많이 드는 보험 환자에게 재정 지원을 제공하기 위해 최선의 노력을 다하고 있습니다. 그러나 저희는 의료 서비스가 높은 의료비로 인해 보험에 가입한 환자와 가족에게 재적인 부담을 주어서는 안 된다는 점을 이해합니다.

귀하께서는 최근 Enloe Health에서 받은 서비스 비용을 지불하는 것이 재정적으로 어렵다고 밝혔습니다. 재정 지원은 제한되어 있으며 자격이 있는 사람을 결정하기 위해서는 연방 소득 지침과 비교하여 귀하의 소득을 평가하는 것이 본사의 방침입니다. 귀하가 건강 보험이 있는 경우에는 높은 의료 비용으로 인해 전체 또는 부분 재정 지원을 받을 자격이 있는지 여부를 결정하는 추가 기준을 적용합니다. 저희의 평가를 완료하기 위해 첨부된 신청서를 다음 항목과 함께 제출해 주시기 바랍니다.

필요한 서류

1. 기밀 재무제표(첨부)의 양면을 모두 작성하십시오
2. Medi-Cal 프로그램의 거부 편지/진술서 사본을 포함하십시오(해당되는 경우).
3. 가장 최근의 은행 명세서, 수표 및 예금, 모든 페이지의 사본을 포함하십시오.
4. 머니마켓 계좌, 주식 또는 주 거주지외 부동산 수입이 있는 경우, 각 계정의 명세서를 확인해야 합니다.
참고: 적법한 퇴직 계획은 수입 계산에 포함되지 않습니다.
5. 직업이 있으면, 각 가족 구성원의 가장 최근 급여명세서 2장의 사본을 첨부하십시오.
6. 직업이 간헐적인 경우에는 급여명세서 대신 전년도 세금보고 사본을 첨부해 주시기 바랍니다.
7. 현재 직업이 없으면, 실업 보험, 주 장애 또는 장애 증명서를 첨부하십시오.
8. 높은 의료비와 함께 보험에 가입되어 있으면, Enloe Health외에 다른 의료 제공자에 대한 환자 지불책임 증명을 제출하십시오(해당되는 경우).
9. 귀하의 재정 상황과 의료 청구서를 지불할 수 없는 이유를 설명하는 편지를 동봉하십시오.
귀하의 개인 편지는 귀하의 상황과 재정 지원이 필요한 이유를 이해하는 데 도움이 됩니다.

주: 요청된 정보를 제공할 수 없는 경우 어려움 설명 편지에 그 이유를 설명하십시오. 필요 사항에 대해 궁금한 점이 있으면 고객 서비스 담당자에게 문의하십시오.

모든 서류는 이 편지를 받은 날로부터 2주 내에 접수되어야 합니다. 그렇지 않으면 신청서가 만료될 수 있습니다.

접수 후 60일 내에 완전히 작성된 신청서를 처리하고 결정을 귀하에게 통보할 것입니다.

감사합니다.

환자 재정 서비스
financialcounselors@enloe.org
530-332-6350

커뮤니티 서비스 및 할인 정책 (페이지 2의 1)
기밀 재무 제표 및 재정 지원 신청서



환자 이름 _____

계좌번호 _____ 서비스 날짜 _____

해당인

이름 _____

주소 _____

전화 _____

소셜시큐리티번호 _____

고용주 _____

고용주 주소 _____

고용주 전 _____

배우자 또는 동거인

이름 _____

주소 _____

전화 _____

소셜시큐리티번호 _____

고용주 _____

고용주 주소 _____

고용주 전화 _____

결혼 상태(하나에 동그라미) 기혼 미혼 이혼 사별 미혼 동거

가족 정보:

귀하와 함께 살고 있는지 여부에 관계없이 귀하와 함께 살고 있는 모든 사람과 21세 이하의 자녀를 모두 기재하십시오.

이름:

나이:

귀하와의 관계:

- | | | |
|----------|-------|-------|
| 1. _____ | _____ | _____ |
| 2. _____ | _____ | _____ |
| 3. _____ | _____ | _____ |
| 4. _____ | _____ | _____ |
| 5. _____ | _____ | _____ |
| 6. _____ | _____ | _____ |

다른 면을 작성해 주십시오.

커뮤니티 서비스 및 할인 정책 (2 페이지의 2)

월 가계 소득

월 총 임금 소득 \$ _____ 부동산 임대 수: \$ _____
공공 지원/푸드 스탬프: \$ _____ 보조: \$ _____
사회보장 지원금 \$ _____ 산재보험: \$ _____
실업 수당 \$ _____ 기: \$ _____
자녀 양육비 / 위자료: \$ _____

총 수입: \$ _____

화폐성 자

저축 또는 머니 마켓: \$ _____ 주식 가: \$ _____
배당금 \$ _____ 이자 지급: \$ _____
주 거주지 이외의 재산: \$ _____ IRA: \$ _____
기타: \$ _____

총자산: \$ _____

총 자산:

월별 주택/임대료: \$ _____ 의료/치: \$ _____
의료보험 보험료: \$ _____ 교통: \$ _____
공과금/집 전화: \$ _____ 보육/학: \$ _____
음식/가정/개인 필수품: \$ _____ 기: \$ _____
자녀 양육비/위자료: \$ _____

총 비용 \$ _____

이 양식에 서명함으로써 본인은 Enloe Health가 신용 보고서, 소득 및 금전적 자산을 포함한 모든 정보를 확인할 수 있도록 승인합니다. 본인 요청된 정보에 대한 증거를 제공해야 할 수도 있음을 이해합니다. 또한, 본인은 이 신청서에 기재된 모든 내용이 본인 아는 한 사실이고 완전함을 보증합니다. 본인 제공한 정보가 불완전하거나 허위인 것으로 확인될 경우 청구서에 대한 할인이 취소될 수 있으며 전액을 지불해야 할 수도 있습니다.

보험회사, 산재보험 또는 제3자로부터 지급금을 받는 경우, Enloe Health에 해당 사실을 알리는 데 동의합니다. 제3자가 Enloe Health의 서비스에 대해 전체 또는 부분 지불을 제공하는 경우 병원이 원래 청구된 비용 전체를 징수할 권리를 보유한다는 것을 이해합니다.

환자 또는 법적 보호자의 서명 _____ 날짜 _____

매우자 또는 동거인의 서명 _____ 날 _____

*이 서류는 환자가 미성년자인 경우 환자의 법적 보호자가 작성해야 합니다.

**청구 및 지불 절차를 이해하는 데 도움을 주는 무료 소비자 옹호 단체가 있습니다.

이에 대한 더 자세한 정보를 원하시면 건강 소비자 협회(Health Consumer Alliance)에 888-804-3536 번으로 전화하시거나 www.healthconsumer.org를 방문하십시오.