

재정 지원 신청서 양식 지침

이 양식은 Fred Hutchinson Cancer Center의 재정 지원(또는 자선 치료) 신청서입니다.

워싱턴 주는 모든 병원에서 특정 소득 요건을 충족하는 사람과 가족에게 재정 지원을 제공할 것을 요구합니다.

건강보험이 있더라도 가족 구성원과 소득에 따라 무료 진료나 할인된 가격으로 진료를 받을 수 있습니다. Fred Hutchinson Cancer Center은 가구 총소득이 연방 빈곤 수준(Federal Poverty Level, FPL)의 300% 이내에 있는 환자/보증인에게 100% 할인을 제공합니다. 2022년 7월 1일 이후 Fred Hutchinson Cancer Center는 기준을 까지로 확대합니다.

- FPL의 301~350%인 경우, 75% 할인 / 25% 환자 부담
- FPL의 351~400%인 경우, 50% 할인 / 50% 환자 부담

자세한 내용을 알아보려면 환자 계정 담당자에게 (206) 606-6226 또는 무료 전화 (800) 304-1763번으로 월요일~금요일, 오전 7시 30분~오후 4시(태평양 시간)에 문의하시기 바랍니다.

재정 지원 보장 내용 병원 재정 지원은 신청자의 자격에 따라 Fred Hutchinson Cancer Center에서 제공하는 적절한 병원 기반 서비스를 보장합니다. 다른 단체에서 제공하는 서비스를 포함한 의료 비용 전액이 재정 지원만으로 충당되지 않을 수 있습니다.

질문이 있거나 이 신청서를 작성하는 데 도움이 필요한 경우: 환자 계정 담당자에게 (206) 606-6226 또는 무료 전화 (800) 304-1763번으로 전화하시기 바랍니다. 장애 및 언어 지원을 포함하여 어떤 사유로든 도움을 받으실 수 있습니다.

신청서를 처리하려면 다음을 수행해야 합니다.

- 가족에 대한 정보 제공
가족의 수를 기입하십시오(출생, 결혼 또는 입양으로 함께 사는 사람 포함).
- 가족의 총 월 소득(세금 및 공제 전 소득)에 대한 정보 제공
- 가족 소득 및 자산 신고 증빙 서류
- 필요한 경우 추가 정보 첨부
- 양식에 서명 및 날짜 기입

참고: 재정 지원을 신청하는 데 사회 보장 번호를 기입할 필요는 없습니다. 다만 사회 보장 번호를 기입하면 신청서를 더 빨리 처리하는 데 도움이 됩니다. 사회 보장 번호는 제공하신 정보를 확인하는 용도로 사용됩니다. 사회 보장 번호가 없는 경우 '해당 없음' 또는 'NA'로 표시하십시오.

신청서를 작성하여 모든 증빙 서류와 함께 아래 주소의 재무 상담사에게 제출하십시오.

FRED HUTCHINSON CANCER CENTER
FINANCIAL COUNSELING
825 Eastlake Ave E
MS G3-650
Seattle, WA 98109
이메일: Fincounsel@fredhutch.org
팩스: (206) 606-1271

본인 보관용 사본을 한 부 갖고 계십시오.

해당되는 경우 소득 문서를 포함하여 완전히 구비된 재정 지원 신청서를 받은 후 14일 이내에 자격 및 이의 제기 권리에 대한 최종 결정을 알려드립니다.

재정 지원 신청서를 제출하면 재정적 의무 및 정보를 확인하기 위해 당사에서 필요한 조사를 처리하는 데 동의하는 것입니다.

도와 드리겠습니다. 바로 신청서를 제출해주시십시오!

신청서가 처리 중인 경우 청구서를 받을 수 있습니다. Fred Hutchinson Cancer Center 및 UW Medicine은 양 기관에서 치료가 필요한 환자를 지원하기 위해 정보를 공유할 수 있습니다(신청서 작성 90일 이내). 각 기관의 승인 기간은 다를 수 있습니다.

재정 지원 신청서 양식

모든 정보를 완전히 기입해주시요. 해당되지 않으면 'NA'를 기입합니다. 필요한 경우 추가 페이지를 첨부하십시오.

심사 정보			
통역이 필요하십니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <i>필요한 경우 선호하는 언어 표기:</i>			
환자가 Medicaid를 신청했습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <i>재정 지원을 고려하기 전에 신청해야 할 수 있음</i>			
환자가 TANF, Basic Food 또는 WIC와 같은 주정부 공공 서비스를 받고 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요			
환자가 현재 노숙자입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요			
환자의 의학적 치료가 교통사고나 산업재해와 관련되어 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요			
참고			
<ul style="list-style-type: none"> 신청하더라도 재정 지원 자격이 있다고 보장할 수는 없습니다. 신청서를 보내면 모든 정보를 확인하고 추가 정보나 소득 증명을 요청할 수 있습니다. 작성된 신청서와 문서를 받은 후 14일 이내에 귀하가 지원 자격이 되는지 여부를 알려드립니다. 			
환자 및 신청자 정보			
환자 이름	환자 중간 이름		환자 성
<input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> 여성 <input type="checkbox"/> 기타(구체적으로: _____)	생일		환자 사회 보장 번호*
			<small>*사회 보장 번호에 관한 1페이지의 참고 확인</small>
요금 납부 책임자	환자와의 관계	생일	사회 보장 번호*
			<small>*사회 보장 번호에 관한 1페이지의 참고 확인</small>
요금 납부 책임자의 고용 상태			
<input type="checkbox"/> 취업자(고용 날짜: _____) <input type="checkbox"/> 실업자(실업 기간: _____) <input type="checkbox"/> 자영업자 <input type="checkbox"/> 학생 <input type="checkbox"/> 장애인 <input type="checkbox"/> 은퇴 <input type="checkbox"/> 기타(_____)			
우편 주소		본적(우편 주소와 다른 경우)	
_____		_____	
_____		_____	
시	주	시	주
우편번호		우편번호	
_____		_____	
국가		국가	
_____		_____	
연락처			
이메일 주소: _____			
주요 연락처:			
집 () _____ 핸드폰 () _____ 직장 () _____			



가족 정보

본인을 포함한 가족 구성원 명단을 작성하십시오. '가족'은 출생, 결혼 또는 입양으로 함께 사는 사람을 포함합니다.

가족 구성원 _____

필요하면 추가 페이지 첨부

이름	생일	환자와의 관계	18세 이상인 경우: 고용주 이름 또는 소득원	18세 이상인 경우: 총 월 소득(세전):	재정 지원을 함께 신청합니까?
					예/아니요
					예/아니요
					예/아니요
					예/아니요
					예/아니요
					예/아니요

모든 성인 가족 구성원의 소득을 공개해야 합니다. 수입원에는 다음이 포함됩니다:

- 임금 - 실업수당 - 자영업 - 산재보상 - 장애수당 - SSI
- 자녀/배우자 지원 - 취업 프로그램(학생) - 연금 - 퇴직계좌 입금 - 기타(작성: _____)

소득 정보

반드시 신청서에 소득 증명을 포함해야 합니다.

위에 작성한 가족 구성원의 소득을 기재해야 합니다. 재정 지원을 결정하려면 소득 확인이 필요합니다.

18세 이상의 모든 가족 구성원은 소득을 공개해야 합니다. 문서를 제공할 수 없는 경우 소득을 설명하는 서면 진술서를 작성하여 제출할 수 있습니다. 확인된 모든 소득원에 대한 증빙 자료를 제공하십시오.

소득 증명의 예는 다음과 같습니다:

- 'W-2' 원천징수 명세서 또는
- 현재 급여 명세서(3개월) 또는
- 해당되는 경우 명세서가 포함된 작년 소득세 신고서 또는
- 고용주 또는 다른 사람이 작성한 서면 진술서 또는
- Medicaid 및/또는 주정부 의료 지원 자격의 승인/거부 또는
- 실업급여 수급자격 승인/거부

소득 증빙 자료가 없거나 소득이 없는 경우 설명이 포함된 추가 페이지를 첨부하십시오.

비용 정보

이 정보를 사용하여 귀하의 재정 상황을 보다 완벽하게 파악합니다.

월 가계 지출:

임대료/담보 대출	\$ _____	의료비	\$ _____
보험료	\$ _____	공과금	\$ _____
기타 부채/지출	\$ _____ (자녀 양육비, 대출, 의약품, 기타)		

자산 정보

이 정보는 본인의 소득이 연방 빈곤 지침의 400%를 초과하는 경우에 사용될 수 있습니다.

현재 당좌 예금 잔액 \$ _____ 현재 저축 예금 잔액 \$ _____	가족에게 이러한 다른 자산이 있습니까? 해당하는 항목을 모두 선택하고 증빙 서류를 제출하십시오. <input type="checkbox"/> 주식 <input type="checkbox"/> 채권 <input type="checkbox"/> 401K <input type="checkbox"/> 건강 저축 계좌 <input type="checkbox"/> 신탁 <input type="checkbox"/> 부동산(주 거주지 외) <input type="checkbox"/> 사업체 소유
--	---

추가 정보

재정적 어려움, 과도한 의료비, 계절적 또는 일시적 수입, 개인적 손실 등 현재 재정 상황에 대해 알려주고 싶은 다른 정보가 있는 경우 추가 페이지를 첨부하십시오.

환자 동의서

본인은 **Fred Hutchinson Cancer Center** 및 **UW Medicine**이 재정 지원 또는 지불 계획에 대한 자격을 결정하는 데 도움이 되도록 신용 정보를 검토하고 다른 출처에서 정보를 얻어 정보를 확인할 수 있음을 이해합니다.

본인은 위 정보가 본인이 아는 한 사실이고 정확함을 확인합니다. 본인이 제공한 재정 정보가 허위로 판명될 경우 재정 지원이 거부될 수 있으며 제공된 서비스에 대해 책임을 지고 비용을 지불해야 한다는 점을 이해합니다.

신청자 서명

날짜