Intermountain Health

유타, 아이다호, 네바다주 시설에 대한 재정 지원 신청서

지원 제출은 아래 정보를 참조해주시기 바랍니다.
우편: 재정 지원
PO Box 27327
Salt Lake City, Utah 84127
팩스: 385-831-2890
이메일: financial.assistance@r1rcm.com

본 양식을 작성하기 위한 지침:

본 양식을 작성 완료하고 필요한 모든 서류를 치료받았던 Intermountain 시설 혹은 위에 나열된 연락처 중 하나로 정보를 제출하시면 신청서를 처리해드립니다. 귀하는 MyChart를 통해 온라인으로 신청할 수도 있습니다. 신청 과정을 완료하지 않은 분에게는 재정 지원이 제공되지 않습니다.

다음 서류를 제출해 주십시오.

1. **재정 지원 신청서: 작성 완료하여 서명하고, 날짜를 기입해 주십시오.**
2. **현재 가계 소득 확인은 아래와 같습니다.**

계좌번호 _____ **현재 가구 규모** _____ **노숙자 생활을 하고 계십니까?** **예**____ **아니오**____ **귀하는 어느 주에서 거주하고 계십니까?** _____

이름 및 성_____ **사회 보장 번호**_____ **생년 날짜**_____

결혼 상태_____ 이메일 _____전화번호 _____

주소_____도시/카운티_____주 _____우편 번호_____

고용주 이름_____ 직장 전화 _____

해당 고용주를 위해 얼마 동안 근무하셨습니까? _____년_____개월

급여 지급 주기(정보를 기입해주십시오) 매주_____ 격주_____한 달에 두 번_____ 매달_____

해당 주소에 얼마나 오랫동안 살았습니까?_____년_____개월 ***3개월 미만인 경우*** 이전 주소를 기재해 주십시오.

주소	시	주	우편번호	(월/년)부터	(월/년)까지

배우자 이름_____ **배우자 사회 보장 번호**_____ **배우자 생년월일**_____

배우자 집 전화_____배우자 휴대전화_____

배우자 고용주_____직장 전화_____

해당 고용주를 위해 얼마 동안 근무하셨습니까?_____년_____개월

급여 지급 주기(정보를 기입해주십시오) 매주_____ 격주_____한 달에 두 번_____ 매달_____

추가 가구 구성원/부양가족 해당하는 경우 태아도 포함하십시오. 추가 부양 가족이 있는 경우 별도 양식에 추가해 주십시오. (가구 구성원들은 상기 나열된 현재 가구 규모 질문의 답변과 일치해야 함)

이름 및 성	생년월일	사회 보장 번호	관계

현재 가구 월 총 소득

유형	환자 소득	배우자 소득	기타 성인 가구 구성원	소득 유형 확인 필요
고용 소득 (총액)	$	$	$	*가장 최근 또는 마지막 급여 명세서 사본 또는 지난달 또는 이번 달의 총수입이 명시된 고용주로부터 받은 편지 사본*
자영업 소득(총액)	$	$	$	*전월 또는 당월의 손익 계산서 또는 원장 해당되는 경우 현재 세금 신고서*
연금, 퇴직금, 사회보장 소득	$	$	$	*최신 지급 확약서, 연금 수령액, 퇴직금 계좌에서 지급된 금액 등의 사본 월 소득 표시*
실업, 장애 소득 등	$	$	$	*최신 지급 확약서*
기타*(출처를 나열해 주십시오)*: _____ _____	$	$	$	*예: 팁, 보너스 및 수수료*

추가 질문: 본 질문에 답하시면 추가 정보를 얻기 위하여 신청서 처리가 지연되는 일이 발생하지 않습니다.	**예**	**아니오**
본인 또는 가족 구성원 중 공공 혜택을 받고 계신 분이 있습니까?(예: 푸드 스탬프, WIC 또는 무료 또는 할인 급식)	❑	❑
Intermountain Health Cancer Center에서 현재 케어를 받거나 케어를 받을 계획이 있습니까?	❑	❑
본인 또는 가족 구성원 중 현재 건강 보험에 가입된 사람이 있습니까?	❑ 만약 가입된 사람이 있다면 보험사 이름을 기재해 주십시오_____	❑
본인 또는 가족 구성원 중에 Medicaid, Medicare, CHIP 또는 CHP+를 신청한 사람이 있습니까? *신청했지만 거부된 경우 거부 통지서를 제출해 주십시오.*	❑ 신청했다면 신정 날짜를 기재해 주십시오._____	❑

당사 시설에서 청구된 의료비 중 자동차 또는 직장 사고와 관련된 것이 있습니까?	❑ 만약 관련된 것이 있다면 보험사를 기재해 주십시오._____	❑
본인은 Medical Health Share 또는 Cost Share 플랜에 가입되어 있습니까?	❑ 만약 가입되어 있다면 쉐어에 대한 설명(EOS)을 제공해 주십시오_____	❑
현재 가족 중에 임신 중인 분이 있습니까?	☐ 가족 중에 임신한 사람은 누구입니까? _____ 출산 예정일은? _____	❑

재정 지원을 신청하는 환자분은 타 지원금 또한 찾아보시기를 요청드립니다. "예" 또는 "아니요"를 체크해 주십시오.

- **고용주가 공제액 또는 의료 비용을 환급해 줍니까? ___ 네 ___ 아니요**
- **Crime Victims와 같은 다른 주 지원 프로그램을 신청했습니까? ___네 ___ 아니요**

필요한 경우 아래 빈 공간에 재정 지원을 요청하는 이유에 대해 자세히 설명해 주십시오. 더 많은 공간이 필요하면 별도의 용지를 첨부할 수 있습니다. 추가 확인이 필요할 수 있습니다.

_____

_____

_____

_____

본인은 여기에 제공된 정보가 본인이 아는 한 사실이며 정확하다는 것을 진술합니다. 본인은 Intermountain Health로부터 재정 지원을 받기 위해 허위 정보를 제공하거나 오해를 불러일으킬 경우 요청이 거부되고 향후 지원 요청에 영향을 미칠 수 있음을 이해합니다. 본인은 Intermountain Health가 결정을 내리기 전에 소득 확인을 요구한다는 것을 이해합니다.

신청자 서명_____**날짜**_____

신청 절차를 완료하기 위한 모든 필수 정보 체크리스트:

❑ 재정 지원 신청서는 완전히 작성해서 서명하고, 날짜를 기입해 주십시오.
❑ 가구 소득 확인