

유타, 아이다호, 네바다시설에 대한

재정 지원 신청서

본 양식을 작성하기 위한 지침:

본 양식을 작성 완료하고 필요한 모든 서류를 치료받았던 Intermountain 시설 혹은 위에 나열된 연락처 중 하나로 정보를 제출하시면 신청서를 처리해 드립니다. 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 기재해 주십시오.
2. 현재 가계 소득 확인은 아래와 같습니다.

계좌번호 _____	현재 가구 규모 _____	노숙자 생활을 하고 계십니까? 예 _____ 아니오 _____	콜로라도 거주자이십니까? 예 _____ 아니오 _____
이름 및 성 _____	사회 보장 번호 _____	생년 _____	날짜 _____
결혼 상태: _____	이메일: _____	자택 전화 _____	휴대전화 _____
주소 _____	시 _____	주 _____	우편번호 _____
고용주 _____	직장 전화 _____		
해당 고용주를 위해 얼마 동안 근무하셨습니다? _____년 _____개월			
급여 지급 주기(정보를 기재해 주십시오) 매주 _____ 격주 _____ 한 달에 두 번 _____ 매달 _____			
해당 주소에 얼마나 오랫동안 살았습니까? _____년 _____개월 3개월 미만인 경우 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 근무하셨습니다? _____년 _____개월		
급여 지급 주기(정보를 기재해 주십시오) 매주 _____ 격주 _____ 한 달에 두 번 _____ 매달 _____		

추가 가구 구성원/부양가족 추가 부양가족이 있는 경우 별도 양식에 추가해 주십시오.

이름 및 성	생년월일	사회 보장 번호	관계

현재 가구 월 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	\$	\$	\$	<u>현재 지급</u> <u>확약서</u> , 연금 수령액, 퇴직금 계좌에서 지급된 금액 등의 사본 월 소득 표시
실업, 장애 소득 등	\$	\$	\$	<u>현재 지급</u> <u>확약서</u>
기타(<u>출처를 나열해 주십시오</u>): _____ _____	\$	\$	\$	<u>예</u> : 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)	☐	☐
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? <u>신청했지만 거부된 경우 거부 통지서를 제출해 주십시오.</u>	☐ 신청했다면 신청 날짜를 기재해 주십시오._____	☐
당사 시설에서 청구된 의료비 중 자동차 또는 직장 사고와 관련된 것이 있습니까?	☐ 만약 관련된 것이 있다면 보험사를 기재해 주십시오._____	☐
본인은 Medical Healthshare나 비용 분담 플랜에 가입되어 있습니까?	☐ 만약 가입되어 있다면 웨어에 대한 설명(EOS)을 제공해 주십시오_____	☐
현재 가족 중에 임신 중인 분이 있습니까?	☐ 가족 중에 임신한 사람은 누구입니까? _____ 출산 예정일은? _____	☐
콜로라도 거주자만 해당:		
가구원에 포함하고자 하는 자택 외부에 거주하는 사람에게 재정 지원을 50% 이상 제공하고 있습니까(타주/타국에 거주 중일 수도 있는 개인을 포함)?	☐	☐

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

자동차 사고나 직장 사고로 인해 의료비가 발생했습니까?	☐ 예	☐ 아니요 만약 예인 경우 보험사를 기재해 주십시오. _____
본인은 Medical Healthshare 플랜에 가입되어 있습니까?	☐ 예	☐ 아니요 만약 예인 경우 웨어에 대한 설명(EOS)을 제공해 주십시오
고용주가 공제액 또는 의료 비용을 환급해 줍니까?	☒ 예	☐ 아니요
Crime Victims와 같은 다른 주 지원 프로그램을 신청했습니까?	☒ 예	☐ 아니요 - 위의 상자로 이동

필요한 경우 아래 빈 칸에 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 기재해 주십시오.
- ☐ 가구 소득 확인