

콜로라도 및 몬태나 시설에 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 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 근무하셨습니다? _____ 년 _____ 개월

급여 지급 주기(정보를 기입해 주십시오) 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 근무하셨습니다? _____ 년 _____ 개월

급여 지급 주기(정보를 기입해 주십시오) 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 약약서, 연금 수령액, 퇴직금 계좌에서 지급된 금액 등의 사본 월 소득 표시
실업, 장애 소득 등	\$	\$	\$	최신 지급 약약서
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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intermountain Health Cancer Center에서 현재 케어를 받거나 케어를 받을 계획이 있습니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
본인 또는 가족 구성원 중 현재 건강 보험에 가입된 사람이 있습니까?	<input type="checkbox"/> 만약 가입된 사람이 있다면 보험사 이름을 기재해 주십시오 _____	<input type="checkbox"/>
본인 또는 가족 구성원 중에 Medicaid, Medicare, CHIP 또는 CHP+를 신청한 사람이 있습니까? 신청했지만 거부된 경우 거부 통지서를 제출해 주십시오.	<input type="checkbox"/> 신청했다면 신청 날짜를 기재해 주십시오. _____	<input type="checkbox"/>

<p>당사 시설에서 청구된 의료비 중 자동차 또는 직장 사고와 관련된 것이 있습니까?</p>	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p> <p>만약 관련된 것이 있다면 보험사를 기재해 주십시오. _____</p>	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p>
<p>본인은 Medical Health Share 또는 Cost Share 플랜에 가입되어 있습니까?</p>	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p> <p>만약 가입되어 있다면 웨어에 대한 설명(EOS)을 제공해 주십시오. _____</p>	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p>
<p>현재 가족 중에 임신 중인 분이 있습니까?</p>	<p><input type="checkbox"/> 가족 중에 임신한 사람은 누구입니까? _____</p> <p>출산 예정일은? _____</p>	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p>
콜로라도 거주자만 해당:		
<p>가구원에 포함하고자 하는 자택 외부에 거주하는 사람에게 재정 지원을 50% 이상 제공하고 있습니까(타주/타국에 거주 중일 수도 있는 개인을 포함)?</p>	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p>	<p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p>

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



Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services

We provide language assistance and appropriate auxiliary aids and services free of charge.
Please see staff for assistance.

Arabic	المساعدة على للحصول الفريق مراجعة يُرجى. مجانًا المناسبة الإضافية والخدمات والمساعدات اللغوية المساعدة نقدم	العربية
Chinese	我们免费提供语言协助和适当的辅助工具及服务。如需帮助，请咨询工作人员。	中文
French	Nous fournissons gratuitement une assistance linguistique et des aides et services auxiliaires appropriés. Consultez le personnel pour obtenir de l'aide.	français
German	Wir bieten sprachliche Unterstützung und angemessene zusätzliche Hilfen und Dienstleistungen kostenlos an. Bitte wenden Sie sich an unser Personal, um Unterstützung zu erhalten.	Deutsch
Hindi	हम भाषा सहायता और उपयुक्त सहायक उपकरण व सेवाएं ननि: शुल्क प्रदान करते हैं। सहायता के लिए स्टाफ से नमिं।	नहन्दी
Italian	Forniamo supporto linguistico, ausili e servizi pertinenti gratuiti. Per assistenza, rivolgersi al personale.	italiano
Japanese	言語サポート、および適切な補助やサービスを無償でお届けします。対応スタッフをご確認ください。	日本語
Korean	저희는 언어 지원 서비스와 적절한 보조 장비 및 서비스를 무료로 제공합니다. 도움이 필요하면 직원에게 문의하십시오.	한국어
Portuguese	Fornecemos assistência linguística e auxílios e serviços auxiliares apropriados gratuitamente. Consulte a equipe para obter assistência.	português
Russian	Мы предоставляем языковую поддержку, а также необходимые вспомогательные средства и услуги бесплатно. Обратитесь за помощью к персоналу.	Русский
Somali	Waxa aanu bixinaa kaalmo luuqadeed iyo kaalmada maqalka ee haboon iyo adeegyo bilaash ah, U tag shaqaalaha wixii kaalmo ah.	Soomaali
Spanish	Ofrecemos asistencia lingüística, así como también ayuda y servicios auxiliares adecuados, de forma gratuita. Consulte al personal para obtener ayuda.	español
Tagalog	Naghahatid kami ng tulong sa wika at ng naaangkop na mga kasamang tulong at serbisyo nang libre. Makipag-ugnayan sa mga kawani para sa tulong.	Tagalog
Tongan	'Oku mau fakahoko 'a e tokoni 'i he leá mo vahevahe 'o 'ikai ha totongi 'a e ngaahi naunau mo e sēvesi tokoni ki ha faingata 'a 'ia fakaefetu 'utaki. Sio ki ha taha ngāue ke tokoni atu.	faka-Tonga
Vietnamese	Chúng tôi cung cấp dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ cùng với các dịch vụ và trợ giúp bổ sung phù hợp miễn phí. Vui lòng đến gặp nhân viên để được hỗ trợ.	tiếng Việt

