



Ascension

[Date]

환자/신청인 귀하,

Ascension 은 운영을 기반으로 운영되고 있으며 모든 사람들, 특히 의료를 가장 필요로 하는 사람들을 위한 개인 맞춤 진료를 제공하기 위해 헌신하고 있습니다. 환자들에게 재정적인 지원을 하는 것은 본원의 사명이자 특권입니다. 재정 지원은 응급 치료 및 기타 의학적으로 필요한 치료에만 제공될 수 있습니다. 귀하와 귀하의 가정에 필요한 모든 의료적 진료를 위해 본원을 신뢰해주셔서 감사합니다.

귀하의 요청으로 이 서신과 첨부된 재정 지원 신청서를 보내드립니다. 요청하지 않으신 경우, 무시해 주십시오. 제출하기 전에 귀하의 서명 및 날짜를 포함하여 양쪽 면의 필드를 모두 작성해 주십시오. 지난 6 개월 이내에 신청 이력이 있으시고, 재정 지원을 승인받으셨다면, 알려주십시오. 신청서를 신규로 작성할 필요가 없을 수도 있습니다. 유감스럽게도, 6 개월 이상 경과된 이전 신청서는 해당되지 않습니다.

신청서와 함께 가구 소득 증명서와 가구 구성원이 소유한 모든 자산에 대한 증명서를 제공해 주셔야 합니다.

소득 및 자산 증명의 예는 다음과 같습니다.

- 고용주가 지급한 최근 3 개월간의 급여 명세서 사본
- 최근 연간 소득 신고서 사본(자영업자일 경우 모든 스케줄(Schedule) 포함)
- 사회보장 및/또는 퇴직연금 지급 판정 서한
- 신청자가 세금 양식에 기재된 부양가족이고 25 세 미만인 경우 부모 또는 후견인의 최근 연간 소득 신고
- 실업급여 수령 사본
- Medicaid 및/또는 주에서 자금을 지원하는 의료 지원 자격 승인/거부
- 기타 소득확인서

자산 증명의 예는 다음과 같습니다.

- 지난 3 개월간 현재 은행 내역서(당좌예금 및 저축예금)
- 주식 및 채권을 포함한 투자금

- 신탁기금
- 머니마켓 계정
- 뮤추얼 펀드

만약 귀하가 가족이나 친구의 집에서 도움을 받거나 같이 살고 있다면, 그들로부터 "Letter of Support(부양 서신)"라고 적힌 첨부 양식을 작성받아야 합니다. 이 서신 작성으로 인해, 해당인들이 귀하의 의료비에 대한 책임을 지게 되지는 않습니다. 이것은 귀하가 어떻게 생계 비용을 감당할 수 있는지 보여주는 데 도움이 될 것입니다. 가족과 친구로부터 아무런 도움도 받지 않고 있다면, Letter of Support(부양 서신) 양식을 작성할 필요가 없습니다.

마지막으로 재정 지원 수혜 대상이 되려면 미지급 의료비가 고려 대상이 될 수 있습니다. 본원에서 이를 고려하기 원하시면, 현재 인보이스 또는 계정 잔액 내역서와 같은 월 미지급 의료 및 약국/의약품 비용에 대한 서류도 함께 제출해 주시기 바랍니다. **신청이 접수되려면, 1) 완전히 작성된 신청서와 2) 소득 증명서, 3) 자산, 4) 미지급 의료비 청구서(해당되는 경우)를 함께 제출해 주셔야 함을 양지해 주시기 바랍니다. 작성이 완료되지 않은 신청서는 처리 또는 고려할 수 없습니다.**

신청서 제출 시, 인터넷상의 이메일을 통한 통신은 안전하지 않음을 유념하시기 바랍니다. 그럴 가능성은 낮지만, 이메일에 포함하는 정보를 수신인 이외의 다른 당사자가 가로채서 읽을 수 있습니다. 본원은 귀하의 개인정보를 보호하고 안전하게 지키기 위해 노력합니다. 신청서에는 귀하의 사회보장번호와 기타 개인정보가 포함되어 있으므로 이메일 발송을 삼가할 것을 당부드립니다.

완전히 작성한 신청서 및 증빙서류를 인쇄하여 다음 주소로 우편으로 보내거나 직접 제출해 주십시오.

Facility/Office where service was provided:	Mail Completed Applications to:
Ascension St. John Hospital	3179 Solution Center, Chicago, IL 60677-3001
Ascension Macomb-Oakland Hospitals, Warren Campus	3179 Solution Center, Chicago, IL 60677-3001
Ascension Macomb-Oakland Hospitals, Madison Heights Campus	3179 Solution Center, Chicago, IL 60677-3001
Ascension Providence Hospital, Novi Campus	3179 Solution Center, Chicago, IL 60677-3001
Ascension Providence Hospital, Southfield Campus	3179 Solution Center, Chicago, IL 60677-3001
Ascension River District Hospital	3179 Solution Center, Chicago, IL 60677-3001
Ascension Medical Group-Physician Services	PO BOX 80278, Indianapolis, IN 46240

본원은 재정 지원의 수혜 자격이 있는 환자들을 지원하고 확실히 재정 지원을 받을 수 있게 해 드리고자 합니다. 본 신청서, 필요한 증빙 서류 또는 귀하의 신청서를 가장 잘 전달하는 방법에 대해 문의 사항이 있으신 경우 [xxx-xxx-xxxx]번으로 환자 담당자에게 전화해 주십시오.

Facility where service was provided:	Phone #
Ascension St. John Hospital	877-809-6191
Ascension Macomb-Oakland Hospitals, Warren Campus	888-329-0421
Ascension Macomb-Oakland Hospitals, Madison Heights Campus	888-329-0421
Ascension Providence Hospital, Novi Campus	800-878-2455
Ascension Providence Hospital, Southfield Campus	800-878-2455
Ascension River District Hospital	888-329-0421

감사합니다.

Ascension 환자 재정 서비스

재정 지원 신청서



Ascension

환자 정보

(인쇄하십시오. 모든 필드를 완료하십시오. 신청서의 어떤 개별적인 라인에도 해당되지 않는 경우 N/A로 기재하십시오)

날짜 _____ 계정 번호 _____ 병원 이름 _____

이름(이름과 성) _____

생년월일 _____ 배우자 관계 _____ 전화 번호 _____

메일 주소 _____ 도시 _____ 주 _____ ZIP _____

주민등록번호 (선택 사항) _____

고용자 _____ 취업 현황 _____

주당 근무 시간 _____ 고용주 전화 번호 _____

책임당사자 정보/법적 보호자 정보

(위의 환자가 책임당사자와 동일할 경우 이 섹션을 비워 두십시오.)

이름(이름과 성) _____

생년월일 _____ 배우자 관계 _____ 전화 번호 _____

메일 주소 _____ 도시 _____ 주 _____ ZIP _____

주민등록번호 (선택 사항) _____

고용자 _____ 취업 현황 _____

주당 근무 시간 _____ 고용주 전화 번호 _____

책임당사자 배우자 정보

(환자가 책임당사자와 동일할 경우 환자의 배우자 정보를 기입하십시오.)

이름(이름과 성) _____

생년월일 _____ 배우자 관계 _____ 전화 번호 _____

메일 주소 _____ 도시 _____ 주 _____ ZIP _____

주민등록번호 (선택 사항) _____

고용자 _____ 취업 현황 _____

주당 근무 시간 _____ 고용주 전화 번호 _____

책임당사자의 부양가족

(환자가 책임당사자와 동일할 경우 환자의 배우자 정보를 기입하십시오.)

이름 _____	생년월일 _____	책임 당사자와의 관계 _____
이름 _____	생년월일 _____	책임 당사자와의 관계 _____
이름 _____	생년월일 _____	책임 당사자와의 관계 _____
이름 _____	생년월일 _____	책임 당사자와의 관계 _____

가정에서 생활하는 성인 및 어린이의 수 _____

월수입

(아래 나열된 각 항목에 대해 달러 금액을 입력하십시오. 각 항목에 대해 월별 금액을 제공하십시오.)

신청자 소득 _____

신청인 배우자 소득 _____

사회 보장 혜택 _____

연금 / 퇴직 소득 _____

장애 소득 _____

실업 보상 _____

근로자 보상 _____

이자/배당 소득 _____

자녀 양육비 _____

이혼 수당비 _____

임대 부동산 수입 _____

식료품 할인 구매권 _____

신택 자금 분배 입금 _____

기타 소득 _____

기타 소득 _____

총 월소득 \$ _____

월 생활비

담보/임대 _____

공익사업 _____

전화(일반 전화) _____

휴대폰 _____

식료품/음식 _____

케이블/인터넷/위성TV _____

차 할부금 _____

보육 _____

자녀 양육비/이혼 수당 _____

신용 카드 _____

의사/병원비 _____

자동차/자동차보험 _____

주택/재산 보험 _____

의료/건강보험 _____

생명 보험 _____

기타 월 비용 _____

총 월소득 \$ _____

자산

현금/저축/당좌 예금 계좌 _____

주식/채권/투자/CD(s) _____

기타부동산/2차 거주지 _____

보트/RV/모터사이클/레저 차량 _____

컬렉터 자동차/비필수 자동차 _____

기타 자산 _____

본인은 상기 내용이 본인이 알고 있는 한도에서 사실이며 틀림없음을 확인합니다. 본인은 병원이 필요하다고 판단될 경우 외부 신용보고 기관으로부터 정보를 입수할 수 있도록 승인합니다.

신청인의 서명 _____

날짜 _____

코멘트



Ascension

지원서

환자 의료기록 번호/계정 번호 _____

후원자 이름 _____

환자 / 신청자와의 관계 _____

후원자 주소 _____

Ascension으로:

이 서한은 (환자의 이름)가 _____ 수입이 적거나 아예 없으며 본인이 생활비를 지원하고 있음을 알려주기 위한 것입니다. 그/그녀는 나에게 아무런 의무도 없습니다.

이 진술서에 서명함으로써, 본인은 주어진 정보가 본인이 아는 최대의 사실이라는 것에 동의합니다.

후원자 서명 _____

날짜 _____