

환자정보

환자계좌번호

환자 성	환자 이름	환자 중간 이름
사회보장번호	전화번호	생년월일
보증인 성 (다를 경우)	보증인 이름	보증인 중간 이름
도로	도시	주 우편번호
사회보장번호	전화번호	생년월일
직장에 다니십니까	예	아니요
의료보험이 있습니까?	예	아니요

배우자/ 동거인 정보

환자 성	환자 이름	환자 중간 이름
도로	도시	주 우편번호
사회보장번호	전화번호	생년월일
직장에 다니십니까	예	아니요
의료보험이 있습니까?	예	아니요

몇 명을 부양합니까? _____

{귀하 포함. 연방세금신고서에 귀하가 부양하는 사람의 수에 대한 증빙을 제출할 수 있어야 합니다}

소득원은 무엇입니까 (적용되는 모든 소득에 대해 월간 또는 연간소득을 기재하십시오):

	월급	연간		월급	연간
직업 소득	\$	\$	이자/배당소득	\$	\$
배우자 직업 소득	\$	\$	사회보장소득	\$	\$
사업소득	\$	\$	이혼수당/지원금 소득	\$	\$
임대소득	\$	\$	기타소득	\$	\$
전체소득:	\$				

주: 재정지원을 받는 학생인 경우, 귀하의 학교 재정지원 승인서 사본 및/또는 학자금 융자 정보를 신청서와 함께 제출하십시오.

주: 신청서 접수 시, 신용보고서가 처리됩니다(배우자가 포함될 수도 있음)

환자 서명/ 법적 대변인: _____

날짜: _____

필수: [] 전년도 세무보고서 (전체 사본) [] 어려운 사유 서신

세무보고서 사본을 제출할 수 없다면, 첨부를 제출할 수도 있습니다:

[] 2 개월 현재 급여명세서 [] 장애인 [] 실업자

납부계획 추정: 부분적 재정 지원 자격이 되는 상황인 경우, 다음 정보를 제공하시면 나머지 잔액의 합리적인 납부계획을 수립하는데 도움이 됩니다.

임차료/주택용자상환	_____	전기수도세 -	_____	
식비	_____	의류비	_____	
의료/치과비	_____	학교/보육비	_____	
자녀/배우자 부양	_____	교통/자동차 비용	_____	

주: 합리적인 납부계획이란 상기 명시된 공제와 비용을 제외하고, 가구 소득의 10% 이하인 월 납부금을 의미합니다.

(상기 정보 없이는 신청서를 처리할 수 없습니다)

이 신청서를 필수 서류와 함께 10 일 내에 반환하십시오.

헌팅턴 병원(Huntington Hospital)은 환자들이 이용할 수 있는 의료 서비스를 제공하는데 전념하며, 의료비와 연계된 비용을 지불할 여력이 없는 커뮤니티의 불우이웃을 인정합니다. 이런 점에서 헌팅턴 병원은 응급조치 또는 의학적으로 필요한 치료를 받은 자격이 되는 환자들에게 재정지원을 제공합니다. 환자들은 신청서를 작성하고, 특정 확인서류를 제출하며, 아래 나열된 자격대상 요건을 갖추어야 합니다. 헌팅턴 병원 이외의 서비스 제공기관은 이 방침의 대상이 아닙니다.

재정지원의 자격대상이 되는 사람은 누구입니까?

저희 프로그램은 저소득자, 보험 미가입자 또는 보험이 충분하지 않은 환자들 중에 치료비 전체 또는 일부를 납부하는데 도움이 필요한 분들을 지원합니다. 환자의 가구소득이 연방빈곤가이드라인(FPG) 수준이거나 그보다 350% 낮은 경우 재정지원의 자격대상이 됩니다. 추가정보가 요구될 수 있으며 이는 궁극적으로 병원의 결정에 영향을 미칠 수 있습니다.

재정지원의 자격대상이 되는 환자들에게는 보험이 있는 환자들의 응급치료 또는 의학적 치료에 대해 일반적으로 청구되는 금액(AGB) 이상 청구하지 않습니다. (AGB는 IRS Section 501(r)에 정의되어 있습니다). 재정지원방침의 부록 A를 참조하십시오.

이 프로그램의 대상은 무엇입니까?

이 재정지원 프로그램은 헌팅턴 병원에서 제공하는 의학적 치료를 대상으로 합니다. 선택적인 미용 성형 서비스는 이 방침의 대상이 아닙니다.

재정지원 신청 또는 전체 방침 확보는 어떻게 합니까?

이 문서의 뒷면에 신청서가 작성 안내와 함께 있습니다.

신청서 작성에 대한 지원이나 방침의 사본을 요청하려면 다음 중 한 곳으로부터 도움을 받을 수도 있습니다.

- 입원환자, 외래환자 또는 응급실 환자 접수 지역
- 오전 8시 - 오후 4시 사이에 사무실로 전화 (626 397-5324)
- (업무시간 외에는 메시지를 남겨 주십시오). 실시간 통역 서비스 이용 가능
- Huntington Hospital 100 W. California Blvd Pasadena, Ca 91109 Attention Patient Financial Services (무료)로 우편 발송
- 병원 메인 로비의 지원 허브, 월-금, 오전 7:00 - 오후 6:00
- 신청서와 방침 사본은 다음에서 다운로드할 수 있습니다: www.huntingtonhospital.com

언어지원을 받을 수 있습니까?

이 방침과 신청서 양식은 저희 커뮤니티에서 사용하는 대부분의 언어로 이용가능하며 상기 장소에서 받으실 수 있습니다. 통역 서비스 또한 이용 가능합니다.

Huntington Hospital 100 W. California Blvd PO Box 7013 Pasadena, Ca 91109-7013

안내:

재정지원 양식 작성 (완전하지 않은 신청서는 처리되지 않습니다)

필수 첨부 서류:

소득 명세서 및 소득세 신고서 전체 사본.

어려운 사유 서신 (귀하의 재정적으로 어려운 상황을 설명한 간단한 서신)

모든 서류를 다음 주소로 우편발송하십시오.

Huntington Hospital

Attn: Business Office / Financial Assistance Review

100 W California Blvd

Pasadena, CA 91109-7013

다음은 방문하여: WWW.HUNTINGTONHOSPITAL.COM 프로그램에 대한 전체 설명을 참조하십시오.