

재정 지원 신청서 양식 지침

이 양식은 **Garden Grove Hospital Medical Center**의 재정 지원 신청서입니다.

본원에는 두 가지 유형의 재정 지원 프로그램, 즉 **자선 진료 및 진료비 할인 프로그램**이 있습니다. 가구원수와 소득에 따라 무료 진료 또는 할인 진료 수혜 대상자가 될 수 있습니다. 저희 재정 지원 정책은 www.gardengrovehospital.com/help-paying-your-bill 사이트에서 보실 수 있습니다.

재정 지원에는 무엇이 포함되나요? 정부 운영 프로그램 수혜 자격이 없고 중저소득의 일정 요건을 충족하는 경우에는 저희 재정 지원 프로그램의 수혜 대상자가 될 수 있습니다. 저희는 수혜 대상 환자들의 재정적 요구에 따라 의료비 지불에 도움을 주기 위해 재정 지원을 제공합니다. 여기에는 응급, 긴급, 또는 의학적으로 필요한 진료가 포함됩니다. 수혜 대상인 환자는 의료보험 보장이 있거나, 보험 미가입자이거나 보장이 불충분한지에 상관없이 비용의 일부 또는 전체를 보장받을 수 있습니다.

Garden Grove Hospital Medical Center에서 진료를 하는 개원의는 이 정책의 적용을 받지 않습니다. 의사 진료비에 지원이 필요하시면, 의사 개인 진료실로 연락하여 진료실 직원과 상의하셔야 합니다.

질문이 있거나 이 신청서 작성에 도움이 필요한 경우: 언어 지원을 비롯하여 어떤 이유로든 도움이 필요하시면, 저희 **환자 재정 지원 서비스부**에 **714-229-5732**번으로 월요일부터 금요일까지 8 a.m. ~ 4:30 p.m.에 전화로 문의하시거나, 위의 웹사이트를 방문하셔서 문의하실 수 있습니다.

신청서가 처리되기 위해서는 반드시 다음 사항을 따라야 합니다.

- 가족 정보를 제공해야 합니다.
- 가구 월 총 소득(세전 및 공제 전 소득)에 관한 정보와 서류를 제출해야 합니다. 자세한 내용은 재정 지원 신청서의 소득 및 가구원 섹션을 **참조해주시오**.
- 필요한 경우 추가 정보/서류를 첨부해야 합니다.
- 양식에 날짜를 기재하고 서명해야 합니다.

작성된 신청서와 증빙 서류를 다음 주소로 발송해주시오.

Garden Grove Hospital Medical Center, c/o West Anaheim Medical Center
Attention: Patient Financial Services, 3033 W. Orange Avenue, Anaheim, CA 92804

신청서와 증빙 서류를 위 주소로 직접 제출하실 수도 있습니다. 완전이 작성된 신청서와 증빙 서류 접수 후 **30일** 이내에 자격 최종 판정 결과와 해당 경우, 이의 제기 권리에 관해 알려드립니다. 귀하의 신청서에 미비한 부분이 있으면, 신청 처리에 필요한 서류를 요청하는 서신을 귀하에게 보냅니다. 재정 지원 신청서를 제출하는 것으로 귀하는 저희가 재정적 의무와 정보를 확인하기 위해 필요한 조회를 하는 것에 동의하게 되는 것입니다.

저희는 도움을 드리고 싶습니다. 신청서를 신속히 제출하시기 바랍니다.
작성한 신청서와 증빙 서류가 접수될 때까지 귀하는 계속 청구서를 받을 수도 있습니다.

재정 지원 신청서 - 대외비

신청을 하시더라도 귀하가 재정 지원 수혜 대상이 될 것이라고 보장할 수 없다는 점에 유의해주시요.

작성한 신청서를 다음 주소로 우편으로 보내주시요.

Garden Grove Hospital Medical Center, c/o West Anaheim Medical Center
Attention: Patient Financial Services, 3033 W. Orange Avenue, Anaheim, CA 92804

신청서와 증빙 서류를 위 주소로 직접 제출하실 수도 있습니다.

모든 정보를 빠짐 없이 기재하시기 바랍니다. 해당 사항이 없는 경우에는 'NA(해당 없음)'라고 써주시요. 필요한 경우 추가 페이지를 첨부하십시오.

신청일:	서비스 날짜:
사회보장번호: (선택 사항)	<input type="checkbox"/> 사회보장번호가 없습니다.
환자 이름:	환자 생년월일:
계정 번호:	전화번호: <input type="checkbox"/> 집 전화 <input type="checkbox"/> 휴대폰
거리 주소, 시, 주, 우편번호:	
환자가 현 거주지 주소가 없습니까? 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/>	

신청서 작성에 관해 질문이 있으시면 환자 재정 지원 서비스부에 714-229-5732번으로 월요일부터 금요일까지 8 a.m. ~ 4:30 p.m.에 전화해주시요.

귀하가 신청하시고자 하는 재정 지원의 종류를 표시해주시요.

- 자선 진료
- 진료비 할인 프로그램

진료비 할인 프로그램 자격에 대해서만 신청하는 환자는 다음 사항을 유의해주시요.

- (1) 병원은 소득 증빙 서류로 최근 급여 명세서 또는 소득 신고서만 요청할 수 있습니다. 병원은 다른 형식의 소득 증빙 서류를 받을 수 있지만, 다른 형식은 필수가 아닙니다.
- (2) 환자는 자선 진료 프로그램에서 이용할 수 있는 것보다 적은 재정 지원을 받을 수도 있습니다.

질문표:

- (1) 환자가 서비스를 받을 당시 캘리포니아 주민이었습니까? 예 아니요
- (2) 받았던 의료 서비스가 자동차 사고, 제3자에 의해 야기된 부상 또는 산재 보상과 관련이 있었습니까? 예로 답한 경우, 부상 날짜가 언제였습니까? _____ 예 아니요
- (3) 환자가 서비스를 받았던 당시에 유효한 건강 보험이 있었습니까? 예 아니요
- (4) 환자가 서비스를 받았던 당시에 유효 상태의 Medi-Cal 수혜자였습니까? 예로 답한 경우, 건강 보험 또는 Medi-Cal 카드 사본을 이 신청서에 첨부해주시요. 예 아니요

소득 및 가구원 수:

- 모든 성인 가족 구성원의 소득을 공개해야 합니다. 소득은 총 소득(세전 및 공제 전 소득)을 말합니다. 소득 원천에는 가령, 임금, 실업급여, 자영업 소득, 산재보상금, 사회보장 급여, 공적 지원 및 자산에서 얻은 소득(예: 배당금, 임대 소득, 뮤추얼 펀드, IRA 등)이 포함됩니다.
- '가족'의 정의: (1) 18세 이상인 환자의 경우 - 배우자, 동거인, 집에 함께 사는지 여부와 상관없이 21세 미만인 피부양 자녀, 및 (2) 18세 미만인 환자의 경우 - 부모, 간병인 친척, 부모 또는 간병인 친척의 21세 미만 다른 자녀.

 Garden Grove Hospital Medical Center

가족 구성원의 이름	생년월일	환자와의 관계	소득원 또는 고용주 이름	신청 날짜로부터 3개월간의 소득	신청 날짜로부터 12개월간의 소득
				\$	\$
				\$	\$
				\$	\$
				\$	\$
				\$	\$
				\$	\$
				\$	\$
				\$	\$

- 이 신청서와 함께 모든 원천의 소득 증빙 자료를 제출해야 합니다(가령, 가장 최근 3개월의 급여 명세서, 가장 최근의 소득 신고서(IRS Form 1040) 등).
- 소득을 \$0로 신고한 경우, 음식, 주거지, 교통편 등을 제공하는 사람과 소득 없이 지낸 기간을 포함하여, 귀하(또는 환자)가 경제적으로 어떻게 생활하고 있는지에 대한 서면 진술서를 제공해주십시오.

현재 지출(신청 날짜로부터 지난 12개월)

저희는 이 정보를 이용하여 귀하의 재정 상황에 대해 최대한 많은 것을 파악할 수 있습니다.

월 가계비:

의료비** (병원비, 의사 진료비, 치과, 안과 비용, 처방약 등)	\$	건강 보험 보험료** (의료, 치과, 안과 보험)	\$
--	----	--------------------------------	----

**지불, 미지불 상태에 관계없이 위에 언급된 모든 영수증/혜택 설명서를 제출해주십시오.

추가 정보

저희가 알았으면 하는 귀하의 현재 재정 상태, 가령, 경제적 곤란, 과도한 의료비, 또는 계절적인 또는 임시 소득 등에 관한 정보가 있으면 추가 페이지를 첨부해주십시오.

환자 동의서

본인은 **Garden Grove Hospital Medical Center**가 재정 지원 또는 분할 지불에 대한 자격 판정에 도움이 되도록 신용 정보를 검토하고 다른 자료의 정보를 구하여 정보를 확인할 수 있음을 이해합니다.

상기 정보가 본인이 아는 한 사실이고 정확하다는 것을 확인합니다. 본인이 제공하는 정보가 허위라고 판단이 되면, 재정 지원이 거부될 수 있고, 제공받은 서비스에 대해 본인이 비용 부담을 해야 할 수 있음을 이해합니다.

신청자의 서명 _____ 날짜 _____