



LOYOLA
MEDICINE

로올라 메디슨(LOYOLA MEDICINE) 재정 지원 신청서

로올라 메디슨(Loyola Medicine)의 의료 서비스를 이용해 주셔서 감사합니다. 귀하의 재정 지원 자격 여부를 확인하기 위해, 신청서에 명시된 서류 사본과 함께 이 양식을 작성하여 제출해 주시기 바랍니다.

- **중요:** 무료 또는 할인 의료 서비스 혜택 가능: 이 신청서를 작성하시면 로올라 메디슨(Loyola Medicine)에서 본인이 무료 또는 할인된 의료 서비스를 받을 자격이 있는지, 혹은 의료비 지원을 받을 수 있는 기타 공공 프로그램 대상자인지 확인할 수 있습니다. 신청서를 병원에 제출해 주세요.
- **보험에 가입되어 있지 않은 경우, 무료 또는 할인된 의료 서비스를 받기 위해 사회보장번호가 필요하지는 않습니다.** 그러나 메디케이드를 비롯한 일부 공공 복지 프로그램의 경우 사회보장번호가 필요합니다. 사회보장번호를 제출할 의무는 없지만, 병원에서 본인이 공공 지원 프로그램의 수혜 자격이 있는지 확인할 때 도움이 됩니다.
- **퇴원일 또는 외래 진료일로부터 240 일 이내에 무료 또는 할인 진료 혜택을 신청하시려면,** 이 서식을 작성하여 병원 방문, 우편, 이메일 또는 팩스로 제출해 주시기 바랍니다.
- **환자는** 병원이 본인의 재정 지원 대상 여부를 판단하는 과정에 도움이 되도록, 신청서에 요청된 모든 정보를 성실히 제공하려 노력했음을 인정합니다.
- **자산:** 로올라 메디슨(Loyola Medicine)은 병원 재정 지원 대상 여부를 결정할 때 자산은 고려하지 않습니다. 이 신청서 제출 시 자산 내역을 신고할 필요는 없습니다.
- **참고: 예비 적격 통지서**
일리노이(Illinois)주 법률에서 허용하는 예비 적격성 심사 방식을 통해, 환자는 이 신청서를 작성하지 않더라도 재정 지원 대상자로 결정될 수 있습니다.

보험에 가입되지 않은 환자의 소득 증빙 서류는 다음 중 하나(1)로 제한됩니다.

(A) ☐ 부속서류가 첨부된 최신 세금 신고서 사본

(B) ☐ 최근 W-2 양식 및 1099 양식의 사본

(C) ☐ 최근 2 개월분의 급여 명세서 사본

(D) ☐ 현금으로 급여를 받는 경우, 고용주가 발급한 소득 확인서

(E) ☐ 병원에서 인정하는 또다른 합리적인 제 3 자 소득 확인 방식

[해당되는 경우 다음 내용을 기재해 주세요]

☐ [계절성 소득에 대한 최근 W-2 양식] ☐ [실업급여/사회보장급여] ☐ [자녀 양육비/이혼 후 부양비]

☐ [소득 없음 – 신청서의 '재정 지원 서약서' 항목을 작성하세요]

환자 정보

[환자 이름]

[생년월일]

[사회보장번호/사업자등록번호 (선택 사항)]

[휴대전화]

[기타 휴대폰]

[우편 주소]

[시]

[주]

[우편번호]

[이메일 주소]

[어느 주에 거주하고 계십니까?]

[혼인 상태 (선택 사항)] ☐ [미혼] ☐ [기혼] ☐ [이혼] ☐ [기타] _____

[연방 소득세 신고를 하시나요?] ☐ [예] ☐ [아니요]

[아니요라고 답하신 경우, 그 이유는 무엇입니까?]

[다른 사람의 세금 신고서에서 부양가족으로 등록될 수 있습니까?] ☐ [예] ☐ [아니요]

[진료 당시 귀하 또는 귀하의 부양가족이 건강보험에 가입되어 있었습니까?] ☐ [예] ☐ [아니요] [(보험증 사본 제출)]

[최근 세금 신고서를 기준으로 한 본인 포함 가족 구성원]

[생년월일]

[환자와의 관계]

[세금 신고서상 부양가족으로 신고 여부 (예/아니오)]

[월별 지출: 가구의 월별 지출 내역을 기재하세요]

☐ 월세 또는 주택담보대출	☐ 공과금
☐ 식비	☐ 자녀양육비/배우자 부양비 지급액
☐ 교통비	☐ 자동차 할부금
☐ 육아비/부양가족 돌봄 비용	☐ 기타

월 총 지출: _____

[모든 가구 구성원의 소득 확인]

[월 소득원]	[누가 이 소득을 받나요?]	[월 총소득 (세전)]	[월 소득원]	[누가 이 소득을 받나요?]	[월 총소득 (세전)]
[사회보장/장애]			[산재보상]		
[연금]			[실업급여]		
[자영업]			[자녀양육비/배우자 부양비]		
[공공 지원금]			[토지 임대 소득]		
[기타]					

[재정 지원 서약서 - 지원자 본인만 작성해야 함]

- ☐ [저는 환자의 생활비 중 50% 이상을 부담하고 있지만, 의료비는 지원할 수 없습니다.]
- ☐ [본 서한에 서명함으로써, 저는 상기 진술 내용이 사실임을 확인하며, 환자의 진료비에 대해 어떠한 책임도 지지 않음을 확인합니다.] [궁금한 점이 있으시면 _____ (전화번호)로 저에게 연락해 주시기 바랍니다]

[부양 지원을 하는 사람의 이름]

[환자와의 관계]

[부양 지원을 하는 사람의 서명]

[날짜]

[소득 및 신원 확인]

[본인은 이 신청서에 기재된 정보가 본인의 아는 한 사실이며 완전함을 확인합니다. 이 병원비 납부에 도움이 될 수 있는 주 정부, 연방 정부 또는 지방 정부의 지원 중 제가 자격 요건을 충족하는 것은 무엇이든 신청하겠습니다. 본인이 제공한 정보는 병원에서 확인할 수 있음을 이해하며, 저는 병원이 본 신청서에 기재된 정보의 정확성을 확인하기 위해 제3자에게 연락하는 것을 허용합니다. 저는 본 신청서에 고의로 허위 정보를 기재할 경우, 재정 지원을 받을 자격이 상실되며, 이미 지급된 재정 지원금은 환수될 수 있고, 병원비 전액을 본인이 부담해야 함을 이해합니다. 저는 제공된 정보는 확인을 거쳐야 한다는 점을 잘 알고 있습니다. [만약 위 정보를 허위로 제공한 경우, 트리니티 헬스 계열사에서 제공받은 모든 서비스에 대한 비용을 제가 부담합니다]

[환자 서명]: _____

[날짜]: _____

[또는 법정대리인의 서명 (해당되는 경우)]: _____

[날짜]: _____

[환자와의 관계]: _____

[날짜]: _____

[신청서는 위 주소로 우편 발송하거나, 팩스(312-871-3350)로 보내시거나, MyChart(환자 포털) - <https://mychart.trinity-health.org/MyChart>를 통해 서류를 업로드해 주세요. 문의 사항이 있으시면 월요일부터 금요일까지 오전 9시 ~5시 (미국 동부 표준시)까지 문의주시기 바랍니다.)

재정 지원 신청 절차나 무보험자 할인과 관련된 우려 사항이나 불만 사항은 일리노이주 법무장관실 의료국(Healthcare Bureau of the Illinois Attorney General)(1-877-305-5145 / <https://illinoisattorneygeneral.gov/consumers/hcform.pdf>)으로 신고할 수 있습니다.