



## Swedish Covenant Hospital

귀하의 의료 서비스 기관으로 Swedish Covenant Hospital 을 선택해 주셔서 감사합니다.

중요: 귀하는 무상 또는 치료비 할인 치료를 받으실 수 있습니다. 이 신청서를 작성하시면 Swedish Covenant Hospital 에서 귀하가 무상으로 또는 진료비가 할인된 치료를 받거나 또한 귀하의 치료비 납부에 도움이 될 수 있는 다른 공공 프로그램 혜택을 받으실 수 있는지 여부를 결정하는 데 도움이 될 것입니다. 이 신청서를 병원에 제출하시기 바랍니다.

보험 미가입자는 무상 또는 치료비 할인 치료의 자격 심사를 위해 소셜시큐리티 번호를 제출하지 않으셔도 됩니다. 그러나 메디케이드와 같은 일부 공공 프로그램에는 소셜시큐리티 번호가 요구됩니다. 소셜시큐리티 번호를 반드시 제출해야 하는 것은 아니지만 병원이 귀하가 공공 프로그램 혜택을 받을 자격이 있는지 여부를 심사하는 데 도움이 됩니다.

퇴원 또는 외래 진료를 받은 후 60 일 이내에 이 양식을 작성한 다음 직접, 우편, 전자우편, 또는 팩스로 병원에 제출하여 무상 또는 치료비 할인 치료를 신청하시기 바랍니다.

환자는 병원이 환자의 재정 지원 자격 여부를 판단하는 데 도움이 되도록 환자 본인이 신청서에 기재해야 하는 모든 정보를 제공하고자 선의의 노력을 하였음을 인정합니다.

소득을 근거로 귀하가 재정 지원을 받을 자격이 있는 것으로 추정될 경우, 귀하는 지출에 대한 정보를 제공하지 않으셔도 됩니다.

본인은 본 신청서에 기재된 정보가 본인이 알고 있는 한 사실이며 정확함을 확인합니다. 본인은 본 병원 청구서 지급을 위해 보조를 받을 자격이 있는 일체의 주, 연방, 또는 현지 지원을 신청할 것입니다. 본인은 본인이 제출한 정보를 병원이 확인할 수 있음을 알고 있으며, 병원이 제 3 자에게 연락하여 제출된 정보의 정확성을 확인하는 것을 허가합니다. 본인은 본인이 본 신청서에 고의로 사실이 아닌 정보를 기재할 경우, 재정 지원을 받을 자격이 없으며, 본인에게 허가된

일체의 재정 지원이 취소될 수 있음을 알고 있으며 병원 청구서를 지급할 책임을 지기로 합니다.

---

환자/신청인 서명/서명 일자

자선 또는 할인 치료



# Swedish Covenant Hospital

## 재정지원 신청서

신청 일자: \_\_\_\_\_  
 환자 성명: \_\_\_\_\_  
 계좌 번호(들): \_\_\_\_\_  
 총 환자 책임: \_\_\_\_\_  
 정보 제출 마감일: \_\_\_\_\_

## 환자진술서

환자의 가족/가구 구성원 수 \_\_\_\_\_  
 환자가 부양하는 구성원 수 \_\_\_\_\_  
 환자의 부양 가족 연령 \_\_\_\_\_  
**현재 수입 및 소득(주간, 격주간, 월간, 연간) 제공**  
 환자 \_\_\_\_\_  
 배우자 \_\_\_\_\_  
 기타 \_\_\_\_\_  
 의견: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## 다음으로 제한되는 자산 및 추정 자산 가치 정보:

체킹 어카운트: \_\_\_\_\_  
 세이빙즈 어카운트: \_\_\_\_\_  
 주식: \_\_\_\_\_  
 양도성 예금증서(CD): \_\_\_\_\_  
 뮤추얼 펀드: \_\_\_\_\_  
 자동차: \_\_\_\_\_  
 부동산: \_\_\_\_\_  
 건강 저축/유동 지출 계좌: \_\_\_\_\_

## 다음으로 제한되는 월별 지출 정보 및 추정 지출 규모:

주거비: \_\_\_\_\_  
 각종 요금:  
     전기 \_\_\_\_\_

난방 \_\_\_\_\_

수도 \_\_\_\_\_

식비: \_\_\_\_\_

교통비: \_\_\_\_\_

자녀 양육비: \_\_\_\_\_

대출금: \_\_\_\_\_

환자가 섹션 4500.40 에 명시된 자격 추정 기준을 충족하거나 혹은 환자의 소득에 따라 달리 자격이 있는 것으로 추정될 경우, 환자에게 신청서의 하위 항목 (g)에 명시된 월별 지출 정보 및 추정 지출 금액 기재 부분을 작성할 것을 요구해서는 안 됩니다.

본인은 본 신청서에 기재된 정보가 본인이 알고 있는 한 사실이며 정확함을 확인합니다.  
본인은

본 병원 청구서 지급에 대한 보조를 받을 자격이 있는 일체의 주, 연방, 또는 현지 지원을 신청할 것입니다. 본인은 본인이 제출한 정보를 병원이 확인할 수 있음을 알고 있으며, 병원이 제 3 자에게 연락하여 제공된 정보의 정확성을 확인하는 것을 허가합니다. 본인은 본인이 본 신청서에 고의로 사실이 아닌 정보를 기재할 경우, 재정 지원을 받을 자격이 없으며, 본인에게 허가된 일체의 재정 지원이 취소될 수 있음을 알고 있으며 병원 청구서를 지급할 책임을 지기로 합니다.

---

환자/신청인 서명/서명 일자