



Swedish Covenant Hospital

귀하의 의료 서비스 기관으로 Swedish Covenant Hospital을 선택해 주셔서 감사합니다.

중요: 무상 또는 치료비 할인 서비스를 받으실 수 있습니다. 이 신청서를 작성하여 주시면 무상 또는 치료비 할인 서비스 아니면 치료비 납부에 도움을 드리는 다른 공공 프로그램 혜택을 귀하께서 받으실 수 있는지, Swedish Covenant Hospital에서 결정하는 데 참고가 됩니다. 이 신청서를 병원에 제출하시기 바랍니다.

보험 미가입자는 무상 또는 치료비 할인 서비스의 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 60일 이내에 이 양식을 작성한 다음 인편, 우편, 또는 팩스로 병원에 제출하여 무상 또는 치료비 할인 서비스를 신청하시기 바랍니다.

수입 관련 증빙자료를 첨부해 주십시오. 증빙자료의 예 (귀하의 현 상황에 해당하는 것을 제공하십시오): 현 급여명세서, 자영업을 통한 수입금 내역, 실업 급여 사본, 소셜시큐리티 연금 내역 사본, 고용주 현금 지급 목록 또는 기타 서면 자료. 고용주가 현금으로 지급한 경우, 지난 두 번의 급여 기간 동안 받은 소득을 본 신청서에 표기하십시오.

어떻게 해야 할지 잘 몰라 도움이 필요하시면, 신용 서비스 사무실(Credit Services Office)에 773-989-3841번으로 문의해 주십시오. 신청서 작성이 완료되면 다음 주소로 우송하거나 팩스로 보내십시오

Swedish Covenant Hospital
Attention: Financial Service Center
5145 N. California Avenue
Chicago, IL 60625

팩스: 773-878-6838

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

증명

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:

체크링 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