

재정 지원 신청서

환자 계좌번호: _____

- MEDICAID 자격 대상이지만 서비스 날짜에 또는 비보장 서비스에 대해 자격이 없음
- 일리노이 주택개발청(ILLINOIS HOUSING DEVELOPMENT AUTHORITY) 임대주택지원 프로그램(RENTAL HOUSING SUPPORT PROGRAM)
- 환자를 대리할 자가 없는 상태의 정신적 무능

**** 추정 수급 자격을 입증하는 경우 소득 정보를 제공할 필요가 없습니다. 귀하는 다음 페이지의 신청인 인증에 여전히 서명해야 합니다.**

재정 지원 신청서
환자 계좌번호: _____

소득 정보:

아래에서 요청하는 문서를 제공해 주십시오(해당되는 경우). 필수 서류가 포함되지 않은 경우 신청이 지연 또는 거부될 수 있습니다.

신청인, 신청인의 배우자/파트너 또는 신청인/환자가 미성년자인 경우 부모 또는 후견인에게 다음 문서를 제공해야 합니다. 소득과 관련된 문서를 제공할 수 없는 경우 본 신청서의 마지막 페이지에 있는 증빙 서신을 작성해 주시기 바랍니다.

모든 신청인은 다음 중 하나를 포함하는 일리노이주 거주 증빙을 제공해야 합니다: 유효한 주 발급 신분증, 최근 주거용 공공요금 청구서, 임대 계약서, 차량 등록증, 유권자 등록증, 정부 또는 그 밖의 신뢰할 수 있는 출처에서 신청인 주소로 발송된 그 밖의 우편물, 동일한 주소에 거주하며 거주 증명서를 제출하는 가족 구성원의 진술서 또는 노숙 쉼터, 임시 주택 또는 그 밖의 유사 시설에서 발송한 서신.

고용 상태인 경우:

- 전년도 세금 신고서 및/또는 양식 W-2, 1099 등의 사본
- 가장 최근 급여명세서 2부 사본
- 모든 당좌, 저축 및 신용협동조합 계좌별 가장 최근 명세서 2부 사본

자영업자인 경우:

- 전년도 세금 신고서 및/또는 양식 W-2, 1099 등의 사본
- 모든 당좌, 저축 및 신용협동조합 계좌별 가장 최근 명세서 2부 사본

실직 상태인 경우:

- 전년도 세금 신고서 및/또는 양식 W-2, 1099 등의 사본
- 수당 액수가 기재된 실업 수여 서신 사본
- 해고 날짜가 기재된 이전 고용주의 서신
- 지원 서신 확인(본 신청서의 마지막 페이지에 있는 완전한 서신)

풀타임 학생인 경우:

- 대학등록 증명서(풀타임 상태를 보여주는 칼리지 또는 대학 발신의 서신 또는 등록금/재정문서 포함)

퇴직 상태 또는 장애인인 경우:

- 전년도 세금 신고서 및/또는 양식 W-2, 1099 등의 사본(해당하는 경우)
- 월별 수당액수가 명시된 사회보장국(Social Security Administration)의 최근 수여 서신 사본
- 모든 당좌, 저축 및 신용협동조합 계좌별 가장 최근 명세서 2부 사본

기타 비임금소득 증명:

재정 상황에 해당하는 경우 다음 정보를 제공해 주십시오.

- 배우자 및/또는 자녀양육비 서신
- 임대 부동산 수입
- 투자 부동산 소득
- 상기 명시되지 않은 여타 소득원

가족/가구 정보:

가족/가구의 인원수	
신청인의 피부양자 수	

재정 지원 신청서

환자 계좌번호: _____

신청인의 부양가족 연령	
--------------	--

추가 정보:

재정적 곤궁을 보여줄 수 있는 대규모 미지급 청구서와 같이 NS-EEHNS-EEH에서 귀하의 신청과 관련하여 결정을 내리는 데 도움이 될 수 있는 추가 문서가 있는 경우, 해당 문서를 제공해 주시기 바랍니다(예: 전화요금 청구서, 전기요금 청구서, 의료비 청구서, 은행 또는 당좌 명세서 등).

재정 지원 신청서

환자 계좌번호: _____

신청서 인증:

본인은 본 신청서의 정보가 본인이 아는 한 사실이며 정확함을 증명합니다. 본인은 본 NS-EEH 청구서 납부를 지원하기 위해 본인이 수혜 대상이 될 수 있는 모든 주, 연방 또는 지방 지원에 신청할 것입니다. 본인은 제공된 정보를 NS-EEH에서 인증할 수 있음을 이해하며 본 신청서에 제공된 정보의 정확성을 인증하기 위해 NS-EEH에 제3자에게 연락할 수 있는 권한을 부여합니다. 본인은 본 신청서에 고의로 사실이 아닌 정보를 제공할 경우 재정 지원을 받을 자격이 없고, 본인에게 부여된 모든 재정 지원이 취소될 수 있으며, 본인이 NS-EEH 청구서를 납부할 책임이 있음을 이해합니다.

신청인 서명: _____

날짜: _____

작성된 신청서 제출처:				
<u>병원:</u>	Evanston Hospital Glenbrook Hospital Skokie Hospital Highland Park Hospital	Swedish Hospital	Northwest Community Hospital	Edward Hospital Elmhurst Hospital Linden Oaks
<u>우편:</u>	NorthShore University HealthSystem Patient Financial Services P.O. Box 1006, Suite 330 Skokie, IL 60076-9877	Swedish Hospital Financial Service Center 5145 N. California Ave, Chicago, IL 60625	Northwest Community Hospital Patient Services Center Attn: Financial Counseling 800 W. Central Rd. Arlington Heights, IL 60005	Edward-Elmhurst Health Financial Assistance Dept 4201 Winfield Rd Warrenville, IL 60555
<u>팩스, 이메일 또는 환자 포털:</u>	(847) 982-6957 또는 NorthShore Connect에 업로드	(773) 878-6838 또는 NorthShore Connect에 업로드	(847) 618-4549 또는 NCH MyChart에 업로드	(331) 221-2704 또는 financialassistance@eehealth.org로 이메일 제출
<u>전화:</u>	(847) 570-5000	(773) 989-3841	(847) 618-4542	(866) 756-8348
<u>직접 제출:</u>	지원을 신청하려는 병원을 내원하여 작성한 신청서와 증빙 문서를 병원 재정상담사에게 제출하십시오.			
<p>무보험 환자 할인 신청 절차 또는 병원 재정 지원 절차에 대한 민원이나 궁금한 사항은 일리노이주 법무장관 보건국(Health Care Bureau of the Illinois Attorney General)에 1-877-305-5145 또는 illinoisattorneygeneral.gov에 보고할 수 있습니다.</p>				

재정 지원 신청서

환자 계좌번호: _____

숙식 진술서/지원 서신 확인서

본 양식은 숙식 및/또는 재정 지원을 제공하는 당사자가 작성해야 하며 신청인이 법적 배우자가 아닌 타인과 함께 살고 있는 경우에만 작성해야 합니다.

본인, _____은(는) 현재 다음을

 재정 지원 숙식

_____에게 지난 _____
동안 제공하고 있습니다(해당 항목 모두 선택).

본인은 상기 언급된 당사자로 인해 발생한 의료비에 대해 책임을 지지 않습니다.

숙식이 제공되는 주소

본인은 주/월당 \$ _____의 금전적 수당을 제공합니다(하나에 동그라미).

기타 지원(구체적 명시) _____

지원을 제공하는 당사자 성명과 주소(정자체 기입)

성명: _____

주소: _____

전화번호: _____

재정 지원 신청서

환자 계좌번호: _____

신청인 서명: _____ 날짜: _____

지원을 제공하는 당사자의 서명: _____ 날짜: _____

재정 지원 신청서

환자 계좌번호: _____

고용주 임금 인증

본 진술은 _____ 이(가)
(종업원 성명)

_____ 에 _____
(고용주 명칭) (고용일)

이후 고용되었음을 확인하기 위함입니다. _____ (은)는 총소득
(종업원 성명)

(공제 전 세금, 사회보장, 보험 등) \$ _____ 를 수령합니다.

지급 빈도는 다음과 같습니다.

- 주간
- 매 2주
- 월 2회
- 월간
- 연간

_____ / _____ 날짜: _____
고용주 서명 직책

_____ 주소 _____ 주 _____ 우편번호 _____ 전화번호 _____