

재정 지원 신청서

재정 지원 프로그램

Metro Health는 사명의 일부로 지역 사회에 양질의 의료를 제공하고 환자들을 연민의 마음으로 정중하게 공손히 대하는 일에 전념하고 있습니다.

진료비의 일부나 전부를 부담할 형편이 안 되는 유자격 환자들은 재정 지원 프로그램을 통해 서비스를 무료로 또는 대폭 할인된 가격으로 제공받습니다. 재정 지원 프로그램의 자격 기준을 충족하면 병원비/의사 진료비가 최대 100%까지 할인됩니다.

재정 재원을 신청하실 때 협조하여 주실 일은 저희가 공정하게 제때 결정할 수 있도록 필요한 정보와 증거 서류를 제출하시는 것입니다. 빠짐없고 정확한 정보를 제공하지 않으시면 저희가 신청서를 더 검토하지 않고 거부할 수도 있습니다. 그러면 진료비는 전액 본인 부담이 됩니다.

이 같은 요청의 민감한 성격을 고려하여 환자 또는 가족과 나누는 모든 정보는 특별히 배려하여 엄격히 비밀로 다룹니다.

건강 관리를 위하여 Metro Health 를 선택하여 주셔서 감사합니다. 저희는 자부심을 가지고 지역 사회에 진료 서비스를 제공하고 있습니다!

이 신청서는 영어, 스페인어, 아랍어, 보스니아어, 버마어, 표준 중국어, 네팔어, 키냐르완다어, 한국어, 소말리어, 스와힐리어, 베트남어 등으로 제공됩니다.

이 재정 지원 신청서를 작성하셔야 저희가 신청인의 재정 지원 프로그램 수혜 자격을 확인할 수 있습니다.

신청서를 작성하신다고 해서 수혜 자격이 보장되는 것은 아닙니다

이 신청서를 작성하지 않거나 요청된 증거 서류를 첨부하지 않고 제출하시면, 저희는 재정 지원 프로그램 수혜 자격 여부를 결정할 수 없습니다. 그러면 본인 계정에 부과된 금액은 전액 본인 부담입니다.

신청서 작성이나 증거 자료 수집에 도움이 필요하시면 Metro Health 고객 서비스 담당에게 616-252-7110 이나 1-800-968-0051 로 연락하시기 바랍니다.

저희가 재정 지원 프로그램 수혜 자격을 결정하려면, 이 신청서를 작성하여 아래 증거 서류와 함께 보내주시기 바랍니다.

- ✓ 사진이 있는 ID 사본(주 정부 발급 운전면허증/ID)
- ✓ 작년 연방 소득세 신고서 Form 1040과 모든 Form W-2 및/또는 1099
- ✓ 올해 초부터 현재까지 지급 총액이 명시된 최근 2주분 또는 최근 2개월분 급여 명세서(paystub)(급여 명세서 없이 현금을 받은 경우 고용주의 현금 임금 지급 확인서)
- ✓ 실업 수당, 장애 소득, 임대 소득, 각종 연금, 이자 지급금 등 임금 외 모든 수입원으로부터의 소득 증명
- ✓ 현재 사회 보장 급여(Social Security benefits)를 받고 있다면 “급여 금액” 서신 사본
- ✓ 체크 계좌, 세이빙 계좌, 양도성 예금 증서(CD) 등에 대한 최근 2개월간 은행 거래 명세서 사본
- ✓ 현재 거주지의 최근 유틸리티, 전화 요금 고지서 또는 케이블 TV 고지서 사본
- ✓ 학생인 경우, 현재 학기의 학점/과목 목록 및 학생증 사본
- ✓ 다음 페이지에서 소득을 \$0로 신고하는 경우, 신청인이나 신청인 가족의 생계를 지원하는 모든 사람이 작성한 생계 지원 진술서(신청서 끝에 있음)

☞ 주의: 환자의 사진이 있는 ID에 기재된 이름과 급여 명세서 및 세금 서식에 기재된 이름은 반드시 같아야 합니다.

작성하신 신청서와 필수 증거 서류를 가능한 한 빨리 제출하시기 바랍니다. 필수 증거 서류가 전부 제출되지 않으면 신청서를 심사하지 않습니다.

직접 인터뷰나 전화 인터뷰를 예약하시려면 위의 번호로 Metro Health 고객 서비스 담당에게 연락하시기 바랍니다.

환자 보호 건강 보험 개혁법(Patient Protection and Affordable Care Act)에 따라 모든 개인은 2014년 1월 1일부터 건강 보험에 의무 가입하여야 합니다. Metro 담당자는 “www.marketplace.gov”에서 연방 건강 보험 거래소를 통해 건강 보험을 신청하는 방법을 알려드리고 가입 절차를 도와드릴 수 있습니다.

재정 지원 신청서

정자로 작성하십시오 - 필수 정보를 반드시 모두 기재하여 주십시오

환자 이름: _____ 환자의 생년월일: _____

환자의 사회 보장 번호: _____

배우자 이름: _____ 배우자의 생년월일: _____

배우자의 사회 보장 번호: _____

전화: _____ 환자 계정 번호: _____

주소: _____ 아파트 _____

시: _____ 주: _____ 우편 번호: _____

가구 구성원(세법상 부양가족) 기혼 _____ 미혼 _____ 이혼 _____ 사별 _____

이름: _____ 관계: _____ 사회 보장 번호: _____ 나이: _____

이름: _____ 관계: _____ 사회 보장 번호: _____ 나이: _____

이름: _____ 관계: _____ 사회 보장 번호: _____ 나이: _____

이름: _____ 관계: _____ 사회 보장 번호: _____ 나이: _____

이름: _____ 관계: _____ 사회 보장 번호: _____ 나이: _____

이름: _____ 관계: _____ 사회 보장 번호: _____ 나이: _____

소득이 없다면 누가 생계를 지원하고 있나요? _____

관계: _____ 전화번호: (____) _____

해당 비용

의료 보험료: \$	의료비/지출: \$
------------	------------

재정 지원 신청서(계속)

취업이나 자영업으로 소득이 있는 가족 구성원이 있습니까? 자영업의 경우, 손익 계산서나 작년 소득세 신고서 사본을 첨부하십시오. []예 []아니요 "예"라면, 다음을 작성하십시오.	공제 전 총 월소득
일하는 사람	\$
일하는 사람	\$

기타 보유 소득: 모든 가족 구성원의 소득 포함시키십시오. 각 항목을 반드시 작성하십시오.			
소득의 종류	예/아니요 표시	월 금액	소득자
사회 보장 급여(RSDI)	[]예 []아니요	\$	
보충 보장 소득(SSI)	[]예 []아니요	\$	
퇴직 또는 연금 급여	[]예 []아니요	\$	
참전 용사 급여	[]예 []아니요	\$	
장애 급여	[]예 []아니요	\$	
임대 소득	[]예 []아니요	\$	
산재 보상	[]예 []아니요	\$	
자녀 양육비 또는 배우자 부양비	[]예 []아니요	\$	
실업 보상	[]예 []아니요	\$	
군 봉급 자동 이체금	[]예 []아니요	\$	
카지노 이익 분배금	[]예 []아니요	\$	
기타	[]예 []아니요	\$	

보유 자산: 모든 가족 구성원의 자산을 포함시키십시오. 각 항목을 반드시 작성하십시오. 모든 증거 서류를 첨부하십시오.

자산의 종류	예/아니요 표시	자산의 가치
현재 가지고 있거나 대여 금고, 환자 신탁 기금에 있는 현금	[]예 []아니요	\$
세이빙, 체킹 또는 신용 조합 계좌	[]예 []아니요	\$
주택, 종신 물권, 종신 차지권	[]예 []아니요	\$
부동산(주택 이외의)	[]예 []아니요	\$
지급 대상이 가구 구성원인 저당권, 토지 계약 또는 기타 증서	[]예 []아니요	\$
저축 채권 또는 단기 투자 신탁	[]예 []아니요	\$
주식 또는 뮤추얼 펀드	[]예 []아니요	\$
**IRA, KEOGH, 401K, 403b 또는 보상 유예 계좌	[]예 []아니요	\$
**IRA/401K/403b 조기 인출 벌과금		
IRA, KEOGH, 401K, 403b 또는 보상 유예 계좌에 납입/참여를 시작한 날짜	날짜:	
생명 보험(종신)		\$
연금	[]예 []아니요	\$
승용차, 트럭, 배, 오토바이, 기타 차량(각각 따로 기재) 제조사, 모델명, 연식, 주행 거리를 각각 기재하십시오.	[]예 []아니요 []예 []아니요 []예 []아니요 []예 []아니요	\$ _____ \$ _____ \$ _____ \$ _____
양도성 예금 증서(CD) 또는 저축 증서	[]예 []아니요	\$
신탁 자금	[]예 []아니요	\$
올해에 조정 후 총소득의 7.5%를 넘는 의료비를 낸 적이 있습니까?	[]예 []아니요	
묘지	[]예 []아니요	

확인

본인은 본인이 이 신청서에서 제공한 정보와 필수 증거 서류가 본인이 아는 한 사실이며 정확한 것임을 확인합니다. 본인은 본인에게 수혜 자격이 있을 수 있는 연방, 주 또는 지방 정부 재정 지원을 신청하여 의료비 납부에 도움을 받을 것입니다. 본인은 본인이 제공한 정보를 Metro Health Hospital 측이 확인할 수도 있음을 알고 있으며, Metro Health Hospital 이 제삼자에게 연락하여 본인이 제공한 정보의 정확성을 확인하는 것을 승인합니다. 본인은 이 신청서에 부정확하거나 불완전한 정보를 고의로 제공하는 경우, 재정 지원 수혜 자격이 없게 되고, 본인에게 주어진 재정 지원이 취소될 수 있으며, 본인의 의료비 부담 책임은 본인에게 있게 됨을 이해합니다.

신청인 서명 _____ 신청일 _____

작성하신 신청서와 증거 서류는 다음 방법으로 제출하시면 됩니다.

- 서류를 아래 수신자에게 직접 전달
 - Metro Health 담당자
 - Metro Health Hospital 로비 또는 환자 등록과/체크인 데스크에 있는 재정 상담원이나 출납원
- 서류를 다음 주소로 Metro Health Hospital 에 우송: Customer Service, PO Box 913 Wyoming, MI 49509-0913
- 서류를 이메일 CustomerService@metrogr.org로 송부

생계 지원 진술서

신청인의 월소득을 \$0 로 신고하는 경우, 신청인 및/또는 신청인의 가족을 돕는 사람(들)은 다음 생계 지원 진술서를 작성하셔야 합니다. 그 외 모든 경우는 이 부분을 생략하십시오.

생계 지원 진술서

(신청인에게 생계를 지원하는 사람이 작성합니다)

이름: _____ 전화번호 (_____) _____

주소: _____
거리 시 주 우편 번호

사회 보장 번호(SSN): _____ 생년월일: _____

본인은 신청인에 의하여 재정 지원 제공자로 확인되었습니다. 다음은 본인이 신청인에게 제공하는 서비스 또는 지원의 목록입니다.

본인은 위의 모든 정보가 본인이 알고 믿는 한 사실이며 정확한 것임을 이에 확인합니다. 본인이 이 진술서에 서명한다고 해서 환자의 의료비 부담 책임이 본인에게 있는 것은 아님을 본인은 이해합니다.

서명: _____

*** 본인의 현주소가 나와 있고 해당 병원 서비스가 있는 날로부터 60 일 안의 날짜가 표시된 유틸리티 고지서 사본과 같은 거주 증명 서류를 첨부하여 주십시오.