

재정 지원 신청 방법

신청서 작성 방법

법에 따라 모든 병원은 특정 요건을 충족하는 사람 및 가족에게 재정 지원을 제공해야 합니다. 건강 보험이 있는 경우에도, 가족 수 및 소득에 따라 특정 서비스를 무료로 받거나 비용을 덜 지불하실 수 있습니다. 재정 지원 정책을 보시려면 ohsu.edu/financial-assistance를 방문하십시오.

재정 지원 적용 대상

- 모든 서비스에 대해 지원을 받을 수 있는 것은 아니므로 서비스를 받기 전에 해당 서비스가 보장되는지 확인하셔야 합니다. 저희가 **보장하지 않는** 서비스 목록은 재정 지원 정책(ohsu.edu/financial-assistance)을 참조하십시오.
- 재정 지원이 승인된다고 해서 서비스를 받을 수 있다는 보장은 **없다는** 점을 유념하십시오.
- Medicaid 또는 기타 프로그램에 대한 자격이 있는 경우 더 많은 혜택을 받을 수도 있으므로, 이러한 프로그램을 신청하기를 권장 드립니다.

지원서 작성 단계별 안내



- ❶ 귀하와 귀하의 가족에 대한 정보를 작성하십시오.
 - 사회 보장 번호를 제공할 필요가 **없습니다**.
 - 저희는 가구를 독신, 결혼한 커플 또는 등록된 동거인(세금 신고서에 포함되지 않은 경우에도) 및 세금 신고서에 포함한 모든 부양가족으로 정의합니다. 18세 미만의 자녀는 일반적으로 부양가족입니다. 가구의 예는 다음과 같습니다.
 - 함께 살고 있는 법적으로 결혼한 부부(또는 동거인들), 18세 미만의 부양 자녀, 이 부부가 세금 보고서에 부양 가족으로 기재하는 다른 모든 사람(같은 집에서 함께 살 수도 있고 함께 살지 않을 수도 있음).
 - 자녀가 환자인 경우, 함께 낳은 자녀가 한 명 이상 있는 미혼 부부.
 - 후원을 받는 비시민권자 및 그 후원자, 그리고 후원자의 가족.
- ❷ 가구 총 소득(세금 및 공제 전 소득)에 대한 정보를 작성하십시오.
- ❸ 귀하가 Medicaid 프로그램에 자격이 되는지 확인할 수 있도록 자산 내역을 밝히고 증빙 서류를 제출하십시오.
- ❹ 저희가 요청한 기타 모든 정보를 첨부하십시오.
- ❺ 재정 지원 양식에 서명하고 날짜를 기입하십시오.

신청서 작성에 도움이 필요하신 경우 월요일~금요일, 9 a.m-4:30 p.m. 사이에
503-494-8551번으로 전화하십시오.

양식에 포함할 서류



다음 문서 중 귀하에게 해당되는 모든 문서의 **최신 사본을 보내주십시오**. 원본 문서는 반환해드릴 수 **없습니다**.

- 거주지 증명.** 다음 문서 중 하나를 제출하십시오. 본인 명의의 공과금 고지서, 임대차 계약서, 주택담보대출 내역서, 운전면허증 또는 신분증 사본. 거주지 증명서를 추가로 요청할 수 있습니다. *오리건 주 또는 워싱턴 주 경계 카운티 (Benton, Clark, Columbia, Cowlitz, Klickitat, Lewis, Pacific, Skamania, Wahkiakum, Walla Walla 및 Yakima)의 거주자여야 하며 해당 지역 밖으로 이사할 계획이 없어야 합니다.*
- 지난 3개월 전체 동안의 급여 명세서.** 급여 명세서가 없는 경우 지난 3개월 동안의 총소득이 기재된 고용주가 제공한 서신을 제출하실 수 있습니다. 소득은 해당 소득에 대해 근무한 달이 아니라 수령한 달(지급일)로 집계됩니다.
- 모든 신고 양식(예: 자영업 소득을 위한 스케줄 C)을 포함하여, 가장 최근에 신고한 연도의 **소득세 신고서**.
- 사회 보장, 재향 군인, 연금 지급 서신** 또는 이에 상응하는 서류.
- 주정부 고용부에서 발행한 **청구 결정문**.
- 자녀 양육비 및/또는 배우자 부양비 명세서**.
- 지난 3개월 동안의 **자영업 소득 워크시트** 또는 **손익 명세서**.
- 이자, 배당금 또는 기타 반복되는 소득원을 포함하여 신청서에 기재된 **기타 모든 소득원**에 대한 확인 문서.
- 은행/신용 조합 명세서**(체크 계좌 및 저축 계좌).
- 현금 예금(CD), 주식, 채권 또는 투자 계좌 명세서**.

양식 제출

- 작성된 신청서와 서류를 받은 후 **3주** 이내에.
귀하의 재정 지원 수혜 자격 여부를 알려드립니다.
- 신청서를 검토하는 동안은 여전히 비용 청구서를 받게 될 것입니다.

우편: Oregon Health & Science University Patient Financial Services, RPB07 3181 SW Sam Jackson Park Road Portland, OR 97239-3098 팩스: 503-418-2377 이메일: sfr@ohsu.edu	직접 제출: 가장 가까운 제출 장소를 확인하시려면 503-494-8551로 전화하십시오.
--	--



재정 지원 신청서

모든 정보를 빠짐없이 기입해 주십시오. 해당되지 않는 경우 "해당 없음"이라고 기재하십시오.
필요한 경우 추가 페이지를 첨부하실 수 있습니다.

심사를 위한 정보

통역사가 필요하십니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 '예'인 경우, 선호하는 언어를 기재하십시오:
환자가 Medicaid를 신청하셨습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
환자가 TANF, Basic Food, WIC 등 주에서 제공하는 공공 서비스를 받고 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
환자가 현재 노숙인입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
환자의 의료적 치료 필요가 자동차 사고 또는 근무 중 부상과 관련 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
환자가 재정 지원을 받고자 하는 시설은 어디입니까? <input type="checkbox"/> Adventist Portland <input type="checkbox"/> Hillsboro Medical Center <input type="checkbox"/> OHSU

주의 사항

- 신청을 하더라도 귀하께서 재정 지원을 받을 자격이 된다고 보장할 수는 없습니다.
- 신청서를 제출하시면 저희가 모든 정보를 확인하고 추가 정보나 소득 증빙 서류를 요청할 수 있습니다.
- 작성하신 신청서와 관련 서류를 받은 후 21일 이내에 귀하가 재정 지원을 받을 수 있는지 여부를 알려드립니다.

환자 및 신청인 정보

환자 이름	환자 중간 이름	환자 성
<input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> 여성 <input type="checkbox"/> 기타 (직접 기재 _____)	생년월일	환자 사회 보장 번호(선택 사항)
청구서 납부 책임자	환자와의 관계	생년월일
		사회 보장 번호(선택 사항)
우편 주소(실제 주소와 다른 경우 포함해 주십시오)		주 연락처
_____		() _____
_____		() _____
시	주	이메일 주소:

청구서 납부 책임자의 고용 상태		
<input type="checkbox"/> 고용됨 (고용 날짜: _____) <input type="checkbox"/> 실직 (실직 기간: _____)		
<input type="checkbox"/> 자영업 <input type="checkbox"/> 학생 <input type="checkbox"/> 장애인 <input type="checkbox"/> 은퇴 <input type="checkbox"/> 기타 (_____)		

가족 정보

귀하를 포함하여 재정에 기여하는 가구/가족 구성원을 기재하십시오. 가구의 정의와 예는 지침을 참조하십시오.
가족 수 _____ 필요한 경우 추가 페이지를 첨부하십시오

이름	생년월일	환자와의 관계	고용주 이름 또는 소득원	총 월 소득(세전)	재정 지원을 함께 신청하십니까?
					예 / 아니요
					예 / 아니요
					예 / 아니요
					예 / 아니요

모든 성인 가족 구성원의 근로 소득 및 불로 소득을 공개해야 합니다. 18세 미만 가구 구성원의 불로 소득을 기재하십시오.
수입원의 예는 다음과 같습니다.

- | | | | |
|-------------------|------|-------------|------------------------|
| - 임금 | - 실업 | - 자영업 | - 근로자 산재 보상 |
| - 워크 스터디 프로그램(학생) | - 연금 | - 은퇴 | - 장애 |
| | | - 은퇴 계좌 인출금 | - SSI |
| | | | - 자녀/배우자 부양비 |
| | | | - 기타(설명을 기재하십시오) _____ |



소득 정보

신청서에 소득 증빙 서류를 포함하는 것을 잊지 마십시오.

가족 소득에 대한 정보를 제공하셔야 합니다. 재정 지원 여부를 결정하려면 소득 확인이 필요합니다. 모든 가족 구성원은 소득을 공개해야 합니다. 확인된 모든 소득원에 대한 증빙 자료를 제공해 주십시오. 소득 요건의 전체 목록은 표지를 참조하십시오. 소득 증명의 예는 다음과 같습니다.

- 현재 급여명세서(3개월), 그리고
- 작년 소득세 신고서(해당되는 경우 스케줄 포함), 그리고
- 고용주 또는 다른 사람이 작성하고 서명한 명세서, 그리고
- Medicaid 및/또는 주에서 지원하는 의료 지원에 대한 적격성 승인/거부서, 그리고
- 실업급여 수급자격 승인/거부서

소득이 없는 경우 설명을 기재한 추가 페이지를 첨부하십시오.

비용 정보

선택 사항입니다. 귀하의 재정 상황을 보다 완벽하게 파악하기 위해 일부 상황에서 사용될 수 있습니다.

월 가계비:

임대료/모기지 \$ _____	의료비 \$ _____
보험료 \$ _____	공과금 \$ _____
기타 부채/비용 \$ _____	(자녀 양육비, 대출, 약품비, 기타)

자산 정보

이 정보는 Medicaid 프로그램에 대한 자격을 결정하는 데 사용됩니다. 재정 지원 결정에는 사용되지 않습니다.

현재 체킹 계좌 잔액
\$ _____

현재 저축 계좌 잔액
\$ _____

귀하의 가족은 다음의 기타 자산을 가지고 있습니까?
(해당 항목 모두 선택)

주식 채권 건강 저축 계좌 신탁w

부동산(주 거주지 제외) 사업체 소유

추가 정보

재정적 어려움, 과도한 의료비, 계절에 따른 소득이나 임시 소득 또는 개인적인 손실과 같이 귀하의 현재 재정 상황에 대해 저희에게 알리기를 원하는 다른 정보가 있는 경우 추가 페이지를 첨부하십시오.

환자 동의

본인은 OHSU Health가 재정 지원 또는 할부 프로그램에 대한 본인의 자격을 심사하고 결정하는 데 참고하기 위해 신용 정보를 검토하고 다른 출처에서 정보를 얻는 방식으로 정보를 확인할 수 있음을 이해합니다.

본인은 위의 정보가 본인이 아는 한 사실이며 정확함을 확인합니다. 본인이 제공한 재정 정보가 허위로 판명될 경우 재정 지원이 거부될 수 있으며 제공된 서비스에 대해 본인이 책임을 지고 비용을 지불해야 할 수 있음을 이해합니다.

신청인 서명 _____

날짜 _____