

재정 지원 신청 방법

신청서 작성 방법

법에 따라 모든 병원은 특정 요건을 충족하는 개인 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 확인하시려면 ohsu.edu/financial-assistance를 방문하십시오.

재정 지원의 적용 범위

- 모든 서비스가 해당되는 것은 아닙니다. 서비스를 이용하기 전에 해당 서비스가 보장 대상인지 반드시 확인해야 합니다. **저희가 보장하지 않는** 서비스 목록은 재정 지원 정책 (ohsu.edu/financial-assistance)을 참조하십시오.
- 재정 지원이 승인되었다고 해서 반드시 서비스를 받을 수 있는 것은 **아닙니다**.
- Medicaid나 기타 지원 프로그램의 자격 요건을 충족하신다면, 신청하시기를 권장합니다. Medicaid나 다른 프로그램에서는 더 많은 혜택을 받을 수 있습니다.

신청서 작성 절차



- ❶ 본인과 가족에 대한 정보를 기입합니다.
 - 사회 보장 번호를 제공할 필요가 **없습니다**.
 - 가구란 1인, 부부 또는 등록된 동거 파트너(세금 신고서에 기재되어 있지 않더라도)와, 세금 신고서에서 부양가족으로 기재되어 있는 모든 사람을 말합니다.
18세 미만의 자녀는 일반적으로 부양가족입니다. 가구의 예는 다음과 같습니다.
 - 법적으로 결혼한 부부(또는 동거 파트너)와 함께 거주하는 18세 미만의 부양 자녀, 그리고 해당 부부가 세금 신고 시 부양가족으로 기재한 가구 내외의 기타 모든 사람.
 - 자녀가 한 명 이상인 미혼 커플의 경우, 해당 자녀가 환자일 때.
 - 후원 대상인 비시민권자, 그 후원자 및 후원자의 가족.
- ❷ 가구 총 소득(세금 및 공제 전 소득)에 대한 정보를 작성하십시오.
- ❸ Medicaid 프로그램 가입 자격 여부를 확인하기 위해 귀하의 자산을 신고하고 관련 증빙 자료를 제출해 주십시오.

- ④ 저희가 요청한 기타 모든 정보를 첨부하십시오.
- ⑤ 재정 지원 양식에 서명하고 날짜를 기입하십시오.

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



양식에 포함할 서류



다음 문서 중 귀하에게 해당되는 모든 문서의 **최신 사본을 보내주십시오**.
원본 서류는 반환해 드릴 수 **없습니다**.

- ☐ **거주지 증명.** 다음 문서 중 하나를 제출하십시오. 귀하의 명의로 된 공과금 청구서, 임대차 계약서, 귀하의 주택담보대출 명세서 거주지 증명서, 운전면허증 또는 신분증 사본. 거주지 증명서를 추가로 요청할 수 있습니다. 미국 거주자여야 하며, 미국을 떠날 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** 지난 3개월분 전체 명세서.
- ☐ 신청서에 기재된 **기타 소득원**(이자나 배당금 소득, 또는 그 밖의 정기적인 소득원 포함)에 대한 증빙 서류.
- ☐ **은행 또는 신용협동조합**의 당좌예금 및 저축예금 명세서.
- ☐ **현금 예금(CD), 주식, 채권 또는 투자 계좌 명세서**.

양식 제출



- 작성 완료된 신청서와 서류를 접수한 후 **3주** 이내에 귀하가 재정 지원 대상에 해당하는지 여부를 알려드리겠습니다.
- 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.

OHSU Health 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? ☐ 예 ☐ 아니요 '예'인 경우, 선호하는 언어를 기재하십시오:

환자가 메디케이드를 신청하셨습니까? ☐ 예 ☐ 아니요

환자가 TANF, Basic Food, WIC 등 주에서 제공하는 공공 서비스를 받고 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니요

환자가 현재 노숙인입니까? ☐ 예 ☐ 아니요

환자의 치료는 교통사고나 업무상 부상과 관련이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니요

환자가 재정 지원을 신청하려는 의료기관은 어디입니까? ☐ Hillsboro Medical Center ☐ 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
☐ 남성 ☐ 여성 ☐ 기타 (직접 기재 _____)	생년월일	환자 사회 보장 번호(선택 사항)
청구서 납부 책임자	환자와의 관계	생일
우편 주소 (실제 주소와 다른 경우 실제 주소 포함)	사회 보장 번호(선택 사항)	
_____	주 연락처 () _____ () _____ 이메일 주소: _____	
시 _____ 주 _____ 우편번호 _____		
청구서 납부 책임자의 고용 상태 ☐ 고용됨 (고용 날짜: _____) ☐ 실업자 (실업 기간: _____) ☐ 자영업자 ☐ 학생 ☐ 장애인 ☐ 은퇴 ☐ 기타 (_____)		

가족 정보

귀하를 포함하여 재정에 기여하는 가구/가족 구성원을 기재하십시오. 가구의 정의와 예는 지침을 참조하십시오.

가족 구성원 수 _____

필요한 경우 별도 페이지를 첨부하십시오

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

모든 성인 가족 구성원의 근로 소득 및 불로 소득을 공개해야 합니다. 18세 미만의 가구 구성원이 있는 경우, 해당 구성원의 비근로 소득을 기재해 주십시오. 수입원의 예는 다음과 같습니다.

- 임금 - 실업 - 자영업 - 산재보상 - 장애 - SSI - 자녀/배우자 부양비
- 근로 장학 프로그램 (학생) - 연금 - 퇴직 계좌 인출 - 기타 (사유를 기재해 주십시오) _____

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 요건에 대한 전체 목록은 표지를 참조해 주십시오. 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
- 금융 기관의 명세서

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 가계 지출:

임대료/모기지 \$ _____

의료비 \$ _____

보험료 \$ _____

공과금 \$ _____

기타 부채/지출 \$ _____ (자녀 양육비, 대출, 약값, 기타)

자산 정보

이 정보는 특정 Medicaid 프로그램의 수혜 자격 여부를 결정하는 데 사용될 것입니다.

재정 지원 결정에는 사용되지 않습니다.

현재 체크 계좌 잔액

\$ _____

귀하의 가족은 다음의 기타 자산을 가지고 있습니까?

(해당 항목 모두 선택)

현재 저축 예금 계좌 잔액

\$ _____

☐ 주식 ☐ 채권 ☐ 건강 저축 계좌 ☐ 신탁

☐ 부동산(주 거주지 제외) ☐ 사업체 소유

추가 정보

경제적 어려움, 과도한 의료비, 계절적 또는 일시적인 소득, 개인적 손실 등 현재 귀하의 재정 상황에 대해 당사가 알아야 할 다른 정보가 있다면 별도의 페이지를 첨부해 주십시오.

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 _____