

신청자 여러분께 드립니다

귀하의 건강관리 비용의 지불로 인하여 경제적 어려움이 발생한 경우, 이 신청서를 작성하시기 바랍니다. 이 신청서로 인하여 Dartmouth-Hitchcock, Cheshire Medical Center 또는 Alice Peck Day Memorial Hospital 의 어느 현장에서든 제공하는 서비스의 비용 부담을 낮춰드리려는 저희의 능력 측정에 도움이 됩니다. 귀하나 귀하의 가정에 적용되는 문의사항 일체에 대하여 응답하시기 바랍니다. 귀하가 제공하는 일체의 정보는 비밀사항이며 귀하의 신청서를 처리하는 담당자만이 검토합니다.

귀하에게 보험이 있을 경우에는 NH Health Access Network 의 다른 서비스 참여 제공자들로 인하여 재정지원의 수혜자격이 될 수 있습니다. NH Health Access Network 은 일부 보험만 가진 뉴햄프셔주의 어린이와 성인 주민의 건강관리 서비스에 대한 접근권을 개선하기 위해 일하는 병원 및 기타 건강관리 서비스 제공자들의 네트워크입니다.

일체의 재정지원이 부여되기 전에 귀하는 보험, 공적 부조, 소송, 제 3 자 배상책임액을 비롯하여 기타 모든 지불 원천들을 반드시 소진했어야 합니다. 아래의 확인 목록을 사용하여 일체의 정보를 포함하도록 하시기 바랍니다.

	필요상태	해당 사항 없음
1. 귀하의 최근 Federal Income Tax Return(연방소득세신고서) 및 전체 일정의 완전한 사본.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 최신 버전의 W-2 양식 전체의 사본.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 최근 봉급수표 3 매 또는 고용주로부터 받은 내역서 사본	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 최근 은행내역서 3 매(예: 저축, 당좌, 머니 마켓 펀드, IRA, 401K 등)의 사본	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 실업보험, 장애인 연금 급여내역서 사본	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 사회보장이나 연금급여 사본	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. 푸드 스탬프 배분 사본	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 배당금 원천, 신탁기금 및 재산세 내역서 사본	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 정부 부조금 통지서 사본, Department of Health & Human Services(미보건복지부: HHS) 통지서(모든 페이지) Medicaid Spend Down Letters(감축조정 공문), Medicaid 로부터 받은 Denial Notices(거부 통지서) 사본 Premium Assistance Plan(보험료 지원계획) 및 Marketplace Insurance(마켓플레이스 보험)로부터 받은 공문	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

다음 장소에서는 이 신청서의 작성을 돕는 1 대 1 지원을 받을 수 있습니다:

Dartmouth-Hitchcock Medical Center One Medical Center Drive Lebanon, NH 03756 현지: (603) 650-6222	Dartmouth-Hitchcock Concord 253 Pleasant Street Concord, NH 03301 (603) 229-5080	Dartmouth-Hitchcock Concord 100 Hitchcock Way Manchester, NH 03104 (603) 695-2692	Dartmouth-Hitchcock Nashua 2300 Southwood Drive Nashua, NH 03063 (603) 577-4055	Dartmouth-Hitchcock Keene 580-590 Court Street Keene, NH 03431 현지: (603) 354-5430	Alice Peck Day Memorial Hospital 10 Alice Peck Day Dr. Lebanon, NH 03766 (603) 443-9579
---	---	--	--	--	--

작성된 신청서가 수리되기까지는 귀하가 받는 서비스 일체에 관하여 재정적인 부담은 지속됩니다. 귀하가 신청서를 반송한 후 30 일이 지나서도 저희에게 아무 연락이 없거나 신청서 작성에 도움이 필요할 경우, Patient Advocates(환자 대변인) 전화 (844) 647-6436 번으로 연락하시기 바랍니다.

근무시간은 9:00 a.m. - 4:30 p.m., 월-금입니다.

작성된 신청서는 아래의 주소 중 하나로 반송해야 합니다.

Dartmouth Hitchcock Medical Center
One Medical Center Dr. PFS: Level 3 FAA
Lebanon, NH 03766
팩스: (603) 442-5135

Dartmouth-Hitchcock/Cheshire
580-590 Court St. PFS: FAA
Keene, NH 04431
팩스: (603) 354-6596

Alice Peck Day Memorial Hospital
10 Alice Peck Day Drive FAA
Lebanon, NH 03756
팩스: (603) 650-6142

Financial Assistance Application(재정지원 신청서)

Alice Peck Day Memorial Hospital
 Attn 하: FAA
 10 Alice Peck Day Dr., Lebanon, NH 03766

1. 환자 정보:

성	이름	중간이름 이니셜	사회보장번호	생년월일
번지수	시	주	우편번호	주소 거주기간
우송주소	시	주	우편번호	
자택 전화번호	직장 전화번호	<input type="checkbox"/> 미혼 <input type="checkbox"/> 결혼 <input type="checkbox"/> 별거 <input type="checkbox"/> 이혼 <input type="checkbox"/> 미국시민권자	<input type="checkbox"/> 시민결합 <input type="checkbox"/> 미망인 <input type="checkbox"/> NH 주민	

2. 청구서 결제 담당자

성	이름	중간이름 이니셜	환자와의 관계	사회보장번호
환자의 주소와 다를 경우의 주소			자택 전화번호	직장 전화번호
보험사명			발효일자	

3. **신청자를 비롯하여 가구에 거주하는 사람 전원을 표시하시기 바랍니다: 필요할 경우, 추가 지면을 활용함

성명	환자와의 관계	생년월일	사회보장번호 #	적용 예/아니오
1	본인			
2				
3				
4				
5				
6				

4. 향후 또는 과거 서비스에 대한 신청입니까? 향후 과거 서비스 일자: _____
5. 귀하의 가정에 누군라도 보험에 가입되어 있을 경우에는 작성하시기 바랍니다:
 건강보험(플랜/명칭) _____, 건강 저축계정(원) - 예 아니오 누가: _____
 증권 #/ID# _____ 공제액: _____
 Medicare 파트 A ____, Medicare 파트 B __ Medicare 파트 B 를 지불할 지원금 수령 _____ 누가: _____
6. 가족 중에 누군가가 Medicaid 를 신청한 적이 있습니까? 예 아니오
 누가: _____ 응답이 예이며 거부하는 경우, Medicaid 거부 통지서 사본을 제공하시기 바랍니다.
7. 다른 시설에서 재정지원을 신청하신 적이 있습니까? 예 아니오 예일 경우, 어디서: _____
8. 가족 중에 임산부가 있으십니까? 예 아니오
9. 가족 중에 군 복무를 하신 적이 있습니까? 예 아니오 누가: _____
10. 최근에 근로자 산업재해보험 또는 자동차 사고로 보험으로 접수하신 적이 있습니까? 예 아니오 일자: _____
11. 가정에 사회보장 급여의 수혜자격이 있는 가족이 있으십니까? 예 아니오 누가: _____
12. 누군가 다른 사람이 개인소득신고를 하면서 귀하에게 청구합니까? 예 아니오 누가: _____

13. 가정 정보	가족 1	가족 2	가족 3
-----------	------	------	------

***가족 각자의 성명:**

고용주 성명: _____

총 원간수입의 원천:

취업:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
자영:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
투자 계정	\$ _____	\$ _____	\$ _____
부동산 임대차(렌탈):	\$ _____	\$ _____	\$ _____
실업: ((____ / ____ / ____) 이후)	\$ _____	\$ _____	\$ _____
은퇴:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
<small>(사회 보장, 연금, 연금보험)</small>			
이혼(별거)수당/위자료/자녀양육:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
공적 보조, 푸드 스탬프:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
기타 수입:	\$ _____	\$ _____	\$ _____

저축 및 투자:

당좌계정 잔액	\$ _____	\$ _____	\$ _____
저축 및 CD 계정 잔액	\$ _____	\$ _____	\$ _____
IRA, 403B, 401K:			
명기 사항:	\$ _____	\$ _____	\$ _____
기타 저축 및 투자:			
명기 사항:	\$ _____	\$ _____	\$ _____

기타:

자동차: 연식, 제조업체, 모델? _____

레저용 차량: 연식, 제조업체, 모델? _____

14. 가계비

월별 임차료 지불액: \$ _____ 또는 모기지 상환액: \$ _____ 모기지 대출잔액 \$ _____

위의 지불액에 불포함된 재산세액: \$ _____ 주택가액: \$ _____

주 거주지 외의 부동산을 보유하고 계십니까? 예 아니오 예일 경우, 가액 \$ _____ 모기지 잔액: \$ _____

기타 부동산이 사업체인 경우, 주소를 기재합니다: _____

월별 대출지불액: \$ _____ 받는 사람: _____ 사유: _____

사회보장 수표에서 공제된 Medicare 파트 D: 예 아니오 금액: \$ _____

공공 서비스 요금	\$ _____	보험(자동차/생명/재물)	\$ _____	기타: _____	\$ _____
이혼(별거)수당/위자료/자녀양육	\$ _____	건강보험 보험료	\$ _____	기타: _____	\$ _____
택아	\$ _____	건강관리 청구서	\$ _____	기타: _____	\$ _____
생활비(가스, 식품, 의복)	\$ _____	약제비	\$ _____	기타: _____	\$ _____

15. 권리의 양도 주의 깊게 읽으시오

아래에 서명함으로써 본인은 본인의 신용평가보고서나 세금신고서 요청권을 위임합니다. 본인은 세금신고가 이 신청건에 필요한 사항이라는 점과 본인의 수혜자격을 확정이 가능해지기 전에 상세한 정보를 요청할 수도 있음을 이해합니다. 본인이 일체의 수입이나 자산을 전면적으로 공개하지 않거나 부정확하게 표시한 경우, 귀하에게 자선적인 진료 할인을 제공하기 위한 일체의 계약은 무효가 되며 해당 청구서에 지불해야 하는 일자로 소급될 것입니다. 본인은 추심과정 중에 일체의 법정 수수료를 지불해야 할 의무가 있습니다.

아래에 서명하는 가정의 모든 성인 가족들은 자신들의 건강관리나 재정지원 수혜자격에 직접적으로 관계가 되는 일체의 의료, 재정 또는 취업 정보의 공개를 위임하는 것입니다. 이 정보는 가족 구성원들이 건강관리 서비스나 재정지원을 모색한 상대 건강관리 서비스 제공자 누구에게나 공개될 가능성이 있습니다. 제공된 정보 일체는 HIPAA 연방 규정의 조항에 따라 비밀로 처리됩니다. 선택적 시술은 지원대상에서 고려되지 않을 수도 있습니다.

본인은 예를 들어, 보험료, 정부 프로그램 지급액, 소송으로부터 받는 지급판정액 또는 기타 일체의 지급액과 같이 이 신청서로 보장되는 의료 서비스에 대한 일체의 지급액을 수령할 경우, 재정지원액을 상환할 것에 동의하는 바입니다.

본인이 재정지원금을 수령하는 경우, 본인은 가족 수, 수입 및 건강보험 보장범위를 비롯하여 수혜자격에 영향을 미칠 수도 있는 일체의 변경사항을 먼저 신청한 기관에 알릴 것에 동의합니다. 본인은 본인이나 우리의 의료 상황이 바뀌어 본인이나 우리가 공적 보조 프로그램의 수혜자격이 될지도 모르므로, 본인은 해당 프로그램에 조회하고 신청서의 증빙자료를 제공해야 한다는 점을 이해합니다.

신청자 서명

일자

공동신청자 서명

일자