

신청자 귀하,

의료비 납부 때문에 재정적으로 어려움을 겪는 경우 이 신청서를 작성하십시오.

이 신청서를 제출하시면 모든 Dartmouth Health 지점에서 제공하는 서비스 비용을 줄여드리는 규모를 결정하는 데 도움이 됩니다. 귀하나 귀하의 가구에 해당하는 모든 질문에 응답해주시기 바랍니다. 귀하가 제공하는 모든 정보는 기밀로 유지되며 귀하의 신청서를 처리하는 직원만 검토합니다.

보험에 가입되어 있는 경우 NH Health Access Network에 참여하고 있는 다른 의료 서비스 제공업체로부터 재정 지원을 받을 자격이 있을 수도 있습니다. NH Health Access Network는 뉴햄프셔주의 보험에 충분히 가입되지 않은 아동 및 성인 주민의 의료 접근성을 개선하기 위해 노력하는 병원과 기타 의료 서비스 제공업체의 네트워크입니다.

재정 지원을 받으려면 보험, 공공 지원, 소송, 제3자 책임을 포함한 다른 모든 지급 출처가 이미 소진되어 있어야 합니다. 아래 체크리스트를 이용하여 모든 정보가 포함되어 있는지 확인하십시오.

	필수 사항	해당 없음
1. 최근의 연방 소득세 신고서 및 모든 별표의 전체 사본	☐	☐
2. 최근의 모든 W-2 양식 사본	☐	☐
3. 최근 급여 명세서 사본 3부 또는 고용주의 진술서 1부	☐	☐
4. 최근 은행 거래 내역서 3부 사본(예: 저축, 수표, 머니 마켓 펀드, IRA, 401K 등)	☐	☐
5. 실업, 장애 보상 혜택 명세서 사본	☐	☐
6. 사회 보장 및/또는 연금 혜택 사본	☐	☐
7. 푸드 스탬프 할당 사본	☐	☐
8. 배당금 출처, 신탁기금, 재산세 명세서 사본	☐	☐
9. 정부 지원 통지서 사본		
- 보건복지부 통지서(모든 페이지)	☐	☐
- Medicaid 스펠드 다운(초과 소득 소비) 서신, Medicaid로부터의 거부 통지서 사본	☐	☐
- 프리미엄 지원 플랜 및 마켓플레이스 보험의 통지서	☐	☐

귀하는 작성한 신청서가 접수될 때까지 귀하가 받는 모든 서비스에 대해 재정적으로 계속해서 책임을 져야 합니다. 신청서를 제출한 날로부터 30일 이내에 연락이 없거나 신청서 작성에 도움이 필요하면 (844) 647-6436으로 환자 지원 담당자에게 전화하시기 바랍니다. 근무 시간 오전 9시~오후 4:30, 월요일~금요일.

작성한 신청서는 아래 주소 중 하나로 발송해주셔야 합니다.

Dartmouth Hitchcock Medical Center One Medical Center Drive PFS: Level 3 FAA Lebanon, NH 03756 팩스: (603) 650-6142	New London Hospital PO Box 2150 Attn: Financial Counselor New London, NH 03257 팩스: (603) 526-5085	Cheshire Medical Center 580 Court Steet PFS: FAA Keene, NH 03431 팩스: (603) 354-6533	Mt.(마운트) Ascutney Hospital and Health Center (에스커트니 병원 및 건강센터) 받으시는 분: 재정 상담 직원 298 County Road Windsor, VT 05089	Alice Peck Day Memorial Hospital 10 Alice Peck Day Drive FAA Lebanon, NH 03766 팩스: (603) 650-6142
---	---	---	---	---

다음 장소에서 이 신청서를 작성하는 데 직접 도움을 받을 수 있습니다.

Dartmouth Hitchcock Medical Center One Medical Center Drive Lebanon, NH 03756 (603) 650-6222	Dartmouth Hitchcock Clinics Manchester 100 Hitchcock Way Manchester, NH 03104 (603) 629-8293	Cheshire Medical Center 580 Court Street Keene, NH 03431 (603) 354-5430	New London Hospital 273 County Road New London, NH 03257 (603) 526-5082
Dartmouth Hitchcock Clinics Concord 253 Pleasant Street Concord, NH 03301 (603) 229-5080	Dartmouth Hitchcock Clinics Nashua 2300 Southwood Drive Nashua, NH 03063 (603) 577-4055	Alice Peck Day Memorial Hospital 10 Alice Peck Day Drive Lebanon, NH 03766 (603) 308-0007	Mt.(마운트) Ascutney Hospital and Health Center (에스커트니 병원 및 건강센터) 298 County Road Windsor, VT 05089 (802) 674-7233

재정 지원 신청

1. 환자 정보

성	이름	중간 이름	사회 보장 번호	생년월일
거리 주소	시	주	우편번호	주소지 거주 기간
우편 주소	시	주	우편번호	
자택 전화번호	직장 전화번호	☐ 독신 ☐ 별거 ☐ 미국 시민	☐ 기혼 ☐ 이혼 ☐ NH 주민	☐ 합법적 동성 결혼 ☐ 미망인

2. 청구서 결제를 책임질 사람

성	이름	중간 이름	사회 보장 번호	생년월일
환자 주소와 다른 경우의 주소	자택 전화번호	직장 전화번호		
보험회사 이름				효력발생일

3. 신청자를 포함하여 가구에 거주하는 사람을 모두 표시하십시오. 필요한 경우 용지 추가 사용

성명	환자와의 관계	생년월일	사회보장 번호	예/아니요 적용
1. <u>자신</u>				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

4. 이 신청은 향후 또는 과거 서비스에 대한 신청입니까?

☐ 향후 ☐ 과거 서비스 날짜: _____

5. 가정 내에 보험에 가입한 사람이 있으면 작성하십시오.

건강 보험(플랜/이름), _____ 건강저축예금(동그라미) 예 아니요 가입자: _____

증권 #/ID# _____ 공제 가능 금액: _____

Medicare 파트 A _____, Medicare 파트 B _____, Medicare 파트 B _____ 비용 지급 지원을 받음, 가입자: _____

6. 가정 내에 Medicaid를 신청한 사람이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니요 신청자: _____

‘예’이고 거부된 경우 Medicaid 거부 통지서 사본을 제시하시기 바랍니다.

7. 다른 시설에서 재정 지원을 신청한 적이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니요 ‘예’인 경우, 시설명: _____

8. 가정 내에 임신한 사람이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니요

9. 가정 내에 군복무했던 사람이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니요 군복무자: _____

10. 최근에 산재보상 또는 교통사고 청구를 접수한 적이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니요 날짜: _____

11. 가정 내에 사회 보장 혜택을 받을 자격이 있는 사람이 있습니까? ☐ 예 ☐ 예 유자격자: _____

12. 소득세 신고서에 귀하를 포함시키는 사람이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니요 신고자: _____

13. 가정 자산 정보

	가구원 1	가구원 2	가구원 3
각 가구원 이름:			
고용주 이름:			
총 월 소득:			
고용:	\$	\$	\$
자영업:	\$	\$	\$
투자 계정:	\$	\$	\$
부동산 임대:	\$	\$	\$
실업:	MM / DD / YYYY 이후	MM / DD / YYYY 이후	MM / DD / YYYY 이후
은퇴:	\$	\$	\$
(사회 보장, 퇴직 연금, 연금 보험)			
위자료/자녀 양육비:	\$	\$	\$
공공 부조, 푸드 스탬프:	\$	\$	\$
기타 소득:	\$	\$	\$
저축 및 투자:			
당좌 예금 잔고:	\$	\$	\$
저축 및 CD 예금 잔고:	\$	\$	\$
(IRAs, 403B, 401K:)			
구체적으로 기재:	\$	\$	\$
기타 저축 및 투자:	\$	\$	\$
구체적으로 기재:			

14. 가계비

월 임대료: \$ 모기지 지급: \$ 모기지 대출 잔액 \$

위 지급 금액에 포함되지 않은 재산세액: \$ 자택 가치: \$

주 거주지 이외에 소유한 부동산이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니요

‘예’인 경우, 가치 \$ 모기지 잔액: \$

다른 부동산이 사업체인 경우 주소를 기재하십시오. 대출금 월 상환액: \$

수령인: 대상 부동산:

사회 보장 수표에서 공제되는 Medicare 파트 D: ☐ 예 ☐ 아니요 금액: \$

공공 요금 \$ 보험(자동차/생명/손해) \$ 기타: \$

위자료/자녀 양육비 \$ 건강 보험료 \$ 기타: \$

택아 \$ 의료비 \$ 기타: \$

생활비(가스, 식비, 의복) \$ 의약품 \$ 기타: \$

아래에 서명함으로써 본인은 신용 평가 보고서 및/또는 세금 신고서 요청을 승인합니다. 본인은 본 신청서를 처리하기 위해 세금 신고서가 필요하며 본인이 자격이 있음을 결정하기 전에 정보가 추가로 요청될 수 있음을 이해합니다. 본인이 소득이나 자산을 완전히 공개하지 않았거나 부정확하게 표시한 경우, 시혜 치료 할인을 제공하기로 한 계약은 무효가 되며 청구서를 결제해야 하는 날짜로 소급됩니다. 본인은 추심 과정에서 발생하는 모든 법적 비용에 대해 책임을 질 수 있습니다.

아래에 서명한 모든 성인 가구 구성원은 자신의 의료 서비스 또는 재정 지원 자격과 직접 관련된 의료, 재정, 고용 정보의 공개를 승인합니다. 이 정보는 가족 구성원이 의료 서비스 또는 재정 지원을 요청한 의료 서비스 제공자에게 공개될 수 있습니다. 제공된 모든 정보는 HIPAA 연방규정에 따라 기밀로 유지됩니다. 선택적 절차는 지원에 대하여 고려되지 않을 수 있습니다.

본인은 이 신청서가 적용되는 의료 서비스에 대한 모든 종류의 지급(예: 보험 지급, 정부 프로그램 지급, 소송 보상 또는 기타 지급)을 받는 경우 전체 재정 지원금을 상환하는 것에 동의합니다.

본인은 재정 지원을 받는 경우 가구원 수, 소득, 건강 보험 보장 범위의 변경을 포함하여 자격에 영향을 미칠 수 있는 모든 변경 사항을 처음 적용한 기관에 알리는 것에 동의합니다. 본인은 본인/우리의 의료 상황이 변경되어 본인/우리가 공공 지원 프로그램에 자격이 되는 경우 해당 프로그램에 지원하고 지원 증명서를 제공해야 함을 이해합니다.

신청자 서명 날짜

공동 신청자 서명 날짜