

# 재정 지원 신청 양식

중요 사항: 귀하는 의료비를 면제 받거나 감면 받을 수도 있습니다. 본 신청서를 작성하시면 UChicago Medicine AdventHealth(UCM-AH)가 귀하에게 의료비 면제나 감면 혜택을 드릴 수 있는지, 또는 다른 공공 프로그램을 통해 귀하의 의료비 지불을 도와줄 수 있는지를 결정하는 데 도움이 됩니다. 이 신청서를 UCM-AH에 제출하십시오.

보험이 없는 경우, 의료비 면제 또는 감면을 받기 위해 사회보장번호가 필요하지 않습니다. 그러나 메디케이드(Medicaid)를 포함한 일부 공공 프로그램의 혜택을 받기 위해서는 사회보장번호가 필요합니다. 사회보장번호는 반드시 제공해야 하는 것은 아니지만 귀하가 공공 프로그램 혜택을 받을 자격이 있는지 여부를 저희가 결정하는 데 도움이 됩니다.

치료비 면제 또는 감면을 신청하려면 퇴원일 또는 외래 진료를 받은 날로부터 240일 이내에 이 양식을 작성하여 직접 방문, 우편 또는 전자 메일로 제출해 주십시오.

환자는 UCM-AH가 환자의 재정 지원 자격 여부를 판단하는 데 도움이 되도록 신청서에 요청된 모든 정보를 제공하기 위해 선의의 노력을 기울였음을 인정합니다.

작성 방법: 달리 명시되지 않는 한 모든 필드를 작성해야 합니다.      의료 기록 번호: \_\_\_\_\_

## 환자 정보

성, 이름

생년월일

거리 주소

시, 주, 우편번호

사회보장번호(선택사항)

이메일 주소

집 전화 번호

다른 전화번호

인종(선택사항 - 아시아인, 흑인, 복합인종, 백인 등)

민족(선택 사항 - 히스패닉, 쿠바인, 멕시코인 등 아님)

법적 성별(남성/여성/알 수 없음)

선호하는 언어

취업 상태

고용주 이름

# 재정 지원 신청 양식

고용주 거리 주소

---

고용주 도시, 고용주 주, 고용주 우편번호, 고용주 전화번호

---

환자는 치료를 받을 당시 일리노이주 거주자였습니까? .....  예  아니요

사고나 범죄 피해자였습니까? .....  예  아니요

환자에게 다음 중 하나라도 있는 것이 있습니까? 건강 보험, 메디케어(Medicare), 메디케어 파트 D, 메디케어 보충 보험, 메디케이드 및/또는 재향 군인 혜택? .....  예  아니요

그렇다면, 어느 보험증권/가입자 번호가 무엇입니까? \_\_\_\_\_

이혼 또는 별거 중인 경우 전 배우자/파트너/관계 해산(이혼) 절차에 따라 환자 이외의 다른 사람이 의료 서비스에 대한 재정적 책임이 있습니까? (증빙 서류 필요) .....  예  아니요

---

## 보증인 정보

성, 이름

생년월일

거리 주소

---

시, 주, 우편번호

---

사회보장번호(선택사항)

전화 번호

취업 상태

고용주 이름

고용주 거리 주소

---

고용주 도시, 고용주 주, 고용주 우편번호, 고용주 전화번호

---

소득원(예: 임금, 자영업, 실업 수당, 사회 보장, 사회 보장 장애 수당, 퇴역 군인 연금, 전역 군인 장애 수당, 개인 장애 수당, 산재 보상, 빈곤 가정 임시 지원, 은퇴 소득, 자녀 양육비, 위자료, 또는 기타 배우자 부양비, 기타 소득)

---

# 재정 지원 신청 양식

지난 12개월간 월별 가족 총소득

환자 가족/가구 구성원 수

소득이 \$0인 경우 다음 중 하나를 선택하십시오.

- 장애가 있음                       친척과 함께 거주                       노숙인  
 은퇴자                               친구와 함께 거주                       실업자

부양가족 수

부양가족 나이

자동차/보트/RV를 포함해 가구에서 보유하고 있는 차량

체크/저축 계좌 잔고

소유 자산 및 가치

주식/CD/뮤추얼 펀드

건강저축계좌(HSA)/건강관리 유동성지출계좌(FSA)

## 월별 비용/예상 비용 정보

### 섹션 A - 추정 자격

추정 자격 기준에 대한 정보는 아래 표를 참조하십시오. 환자 또는 그 가족이 아래 기준 중 하나라도 충족하는 경우 섹션 B에서 요구하는 정보는 필요하지 않습니다. 환자 또는 그 가족이 아래 추정 자격 기준을 충족하지 않는 경우 섹션 B로 가서 작성하십시오. 추정 자격 기준이 충족되지 않고 섹션 B를 작성하지 않은 경우, 이 신청서의 월별 비용/추정 비용 정보 섹션은 불완전한 것으로 간주됩니다.

기준	응답 표시	뒷받침하는 정보 필수
여성, 유아 및 아동 영양 프로그램(WIC)	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	환자가 자격이 있음을 보여주는 문서
보충 영양 지원 프로그램(SNAP)	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	
일리노이주 무료 점심 및 아침 식사 프로그램	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	
저소득 가정 에너지 지원 프로그램(ILHEAP)	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	
의료 서비스에 대한 보조금 지원 프로그램 이름을 기재해 주십시오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	
의료 서비스에 대한 접근성을 제공하는 지역사회 기반 프로그램 프로그램 이름을 기재해 주십시오	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	프로그램에서 작성한 자격을 확인해 주는 서신
메디케이드(Medicaid) 자격은 있으나 서비스 날짜 또는 비보장 서비스에 대해서 보장되지 않음	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	추가 서류가 필요하지 않습니다.

# 재정 지원 신청 양식

개인파산	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	케이스 번호 _____ 퇴원일 _____
환자를 대리할 사람이 없는 정신적 무능력자	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	환자의 주치의 또는 가족의 서면 진술서
유산 없이 사망	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	환자의 사망진단서 사본
수감됨	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	추가 서류가 필요하지 않습니다.
노숙인	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	쉼터 주소 _____ 쉼터 전화번호 _____

## 섹션 B - 필요한 상세 정보

주택 _____	공공서비스 _____
식품 _____	교통 _____
육아 _____	대출 _____
의료비 _____	기타 비용 _____

## 환자 인증 및 서명

나는 이 신청서의 정보가 내가 아는 한 사실이고 정확함을 증명합니다. 나는 병원비 납부에 도움을 줄 수 있는 모든 주, 연방 또는 지방 지원을 신청할 것입니다. 나는 제공된 정보를 병원에서 검증할 수 있음을 이해하며, UCM-AH에 이 신청서에 제공된 정보의 정확성을 확인하기 위해 제3자에게 연락할 수 있는 권한을 부여합니다. 나는 이 신청서에 고의로 허위 정보를 제공할 경우 재정 지원을 받을 수 없으며, 나에게 주어진 재정 지원이 취소될 수 있으며, 청구서 지불에 대한 책임이 나 자신에게 있음을 이해합니다.

환자 또는 신청인 서명

작성일

\_\_\_\_\_

# 재정 지원 신청 양식

## 신청서 제출 방법

	<b>UChicago Medicine AdventHealth Bolingbrook</b>	<b>UChicago Medicine AdventHealth GlenOaks</b>	<b>UChicago Medicine AdventHealth Hinsdale</b>	<b>UChicago Medicine AdventHealth La Grange</b>
직접 방문	500 Remington Boulevard Bolingbrook, IL 60440	701 Winthrop Avenue Glendale Heights, IL 60139	120 North Oak Street Hinsdale, IL 60521	5101 South Willow Springs Road La Grange, IL 60525

우편	AdventHealth, Attn: Financial Assistance, PO Box 935979, Atlanta, GA 31193
이메일	<a href="mailto:Financialassist@medsrv.co">Financialassist@medsrv.co</a> (이메일 주소에서 마침표 뒤 두 글자만)
환자 포털	<a href="https://account.adventhealth.com/login">https://account.adventhealth.com/login</a> or  AdventHealth App
궁금하신 점이 있으신가요?	800-462-0490

무보험 환자 의료비 감면 신청 절차 또는 병원 재정 지원 신청 절차에 대한 불만 사항이나 우려 사항이 있는 경우 일리노이주 법무장관 산하에 있는 보건국(Health Care Bureau of the Illinois Attorney General)에 신고하실 수 있습니다. 보건국의 무료 핫라인 전화번호는 1-877-305-5145 (TTY 1-800-964-3013) 입니다. 의료 서비스 불만 사항 신고 전자 양식은 일리노이주 법무장관실 웹사이트 <https://illinoisattorneygeneral.gov/>의 의료 서비스 불만 사항 제출 섹션에서도 이용하실 수 있습니다.