

## 재정지원 신청 안내

작성된 신청서와 증빙 서류를 다음 주소로 제출해 주십시오.

Cedars-Sinai Medical Center  
 Financial Assistance Processing Unit  
 File 1688  
 1801 W. Olympic Blvd, Pasadena, CA 91199-1688

근무시간: 오전 8:00~오후 4:30  
 근무일: 월~금  
 전화번호: 323-866-8600  
 이메일: Patient.Billing@cshs.org

### 재정지원 신청서 필수 증빙서류 목록 포함

이는 기관의 재정지원 신청입니다. 문의 사항이 있는 경우 연락처 정보는 위에 있습니다.

본원은 두 가지 재정지원 방법을 운영하고 있습니다. 하나는 본원의 재정지원 정책(이하 “정책”)에 따라 환자가 자격 대상이 될 수 있는 최대 재정지원(이하 “종합 재정지원”)을 신청하는 일반적인 방법입니다. 두 번째 방법은 제한적 재정지원(이하 “제한적 재정지원”)을 원하는 환자를 위한 간략한 신청 요건이 있습니다.

해당 재정지원 프로그램의 고려 대상이 되시려면 기관에서 귀하가 병원비 절감 수혜 대상자인지 판단할 수 있도록 이 신청서를 작성해 주시기 바랍니다. 신청이 곧 자격 부여를 뜻하는 것은 아닙니다. 작성된 신청서와 서류들을 접수한 후 모든 환자에게 승인/거부 여부를 서면으로 회신해 드리겠습니다.

정책은 Cedars-Sinai Medical Center, Cedars-Sinai Marina del Rey Hospital, 교수 자격이 있는 Cedars-Sinai 교수급 의사, 독점 전문 서비스 계약을 맺은 의사 또는 그룹을 고용한 Cedars-Sinai Medical Care Foundation, Cedars-Sinai의 Community Urgent Care Medical Group, Inc.의 응급 의사, Huntington Hospital 및 Huntington Health Physicians(이하 “기관”)에서 제공되는 의학적으로 필요한 진료를 보장합니다. 선택적/미용 서비스 및 위에 언급된 영역 이외의 다른 의료제공자는 해당 프로그램의 보장을 받지 않습니다.

작성한 신청서는 우편, 이메일로 제출할 수 있습니다. 아래에서 요청하는 모든 서류를 제공하십시오. 서류가 누락되거나 첨부하지 않은 경우, 재정지원이 지연 또는 거부될 수 있습니다. 특정 서류를 제공할 수 없는 경우, 사유서를 제출해 주시기 바랍니다.

필수 정보를 모두 기재하지 않으면 거부될 수 있습니다.

**참고:** 보험에 가입되어 있지 않고 특정 Medi-Cal 추정 자격 기준을 충족하는 경우에는 이 신청서를 작성할 필요가 없습니다.

신청을 위한 소득 증빙 서류 제공할 서류:	종합 재정 지원	제한적 재정지원
급여 명세서(이전 2개월)	필수	필수
연방세 신고서(전년도) <ul style="list-style-type: none"> <li>연방세 신고서를 제출하지 않은 경우 가장 최근의 W2 또는 1099 양식을 제공하십시오.</li> <li>일시적 장애 또는 실업으로 인해 연방세 신고서 제출이 지연된 경우, 비신고 세금 양식을 제공하십시오. 사본은 1-800-908-9946으로 전화하거나 <a href="http://www.irs.gov/individuals/get-transcript">www.irs.gov/individuals/get-transcript</a> (양식 4506-T 또는 4506T-EZ 사용)를 방문하여 구하실 수 있습니다.</li> </ul>	필수	필수

실업, 사회보장 또는 장애 증명서(이전 2개월)	필수	선택
모든 당좌 예금, 저축 예금 및 신용조합 계정에 대한 은행 명세서(이전 2개월 및 모든 페이지 포함)	필수	선택
임대료 또는 모기지 증명	필수	선택
Medi-Cal 신청 답변 서신(승인 또는 거부)(해당되는 경우)	필수	선택

**배우자/동거인 서류:**

- 혼인, 동성결혼 또는 동거 관계에 있는 경우 배우자/동거인에 관한 해당 “소득 증빙” 서류를 제출하십시오. 급여 수표, 증명서, 연방세 신고서, W2 또는 1099 양식, 제출 지연 양식, 은행 명세서 및 위자료/자녀 양육비를 포함하되 이에 국한되지 않는 위의 서류 목록을 참조하십시오.

**작성된 신청서:**

- 작성된 신청서에는 날짜 및 신청자의 서명이 포함되어야 합니다.

**제한적 또는 종합 재정지원 선택**

제한적 재정지원 신청자는 전액 재정지원 신청 시 동일한 서비스에 제공되는 금액의 최대 절반까지만 재정 지원을 받을 수 있습니다.

**재정지원 신청서**

신청하고자 하는 재정지원 유형에 체크해 주십시오.

- 제한적 재정지원(한도, 0%~50% 범위)
- 종합 재정지원(한도 없음, 0%~100% 범위)

신청자에게 다음 프로그램이나 서비스 중 하나에 해당되는 경우 체크해 주십시오.

- 여성, 유아 및 아동을 위한 영양 프로그램(WIC)
- 환자를 대신하여 행동할 사람이 없는 정신적 무력화
- 보충 영양 지원 프로그램(SNAP)
- Medi-Cal 자격이 있지만 서비스 날짜가 아님
- 거주지가 없음
- 재산이 없는 사망자

**환자 정보**

환자 성명		사회보장번호	생년월일	
주택 주소		시	주	우편번호
주택 전화번호	휴대전화번호	이메일 주소		
선호하는 연락 수단 <input type="checkbox"/> 미국 우편 <input type="checkbox"/> 이메일 <input type="checkbox"/> 주택 전화 <input type="checkbox"/> 휴대전화		연간 가구 소득: \$ _____		
혼인 상태: <input type="checkbox"/> 결혼 <input type="checkbox"/> 독신 <input type="checkbox"/> 별거 <input type="checkbox"/> 이혼 <input type="checkbox"/> 사별 <input type="checkbox"/> 동거인		가구 내 구성원 수(세금 신고서에 보고된 대로):		

고용 상태 <input type="checkbox"/> 고용 <input type="checkbox"/> 자영업 <input type="checkbox"/> 은퇴 <input type="checkbox"/> 장애 <input type="checkbox"/> 실업 - 마지막 근무일: _____
---

고용주명	전화번호
------	------

고용주 주소	시	주	우편번호
--------	---	---	------

**배우자/동거인/부모/보증인 정보**

환자와의 관계 <input type="checkbox"/> 배우자 <input type="checkbox"/> 동거인 <input type="checkbox"/> 부모 <input type="checkbox"/> 보증인 <input type="checkbox"/> 기타: _____
--

성명	사회보장번호	생년월일
----	--------	------

고용 상태 <input type="checkbox"/> 고용 <input type="checkbox"/> 자영업 <input type="checkbox"/> 은퇴 <input type="checkbox"/> 장애 <input type="checkbox"/> 실업 - 마지막 근무일: _____
--

고용주명	전화번호
------	------

고용주 주소	시	주	우편번호
--------	---	---	------

**보험 보장 범위**

의료보험 보장의 수혜 대상자이십니까?  예  아니요 예인 경우 다음 제공.

보험 계약자	보험사	보험증서 번호
--------	-----	---------

보험 계약자	보험사	보험증서 번호
--------	-----	---------

**비용 및 자산 정보**

현재 월 소득	환자/보증인	배우자/파트너	총비용
총 급여	\$	\$	\$
자영업 순소득	\$	\$	\$
이자 및 배당금	\$	\$	\$
부동산 또는 임대 부동산	\$	\$	\$
사회보장/은퇴/장애	\$	\$	\$
위자료, 양육비 지원금	\$	\$	\$
기타	\$	\$	\$
<b>총 월 소득</b>	<b>\$</b>	<b>\$</b>	<b>\$</b>

필수 생계비	환자/보증인	배우자/파트너	총비용
임대료 또는 주택담보대출	\$	\$	\$
부동산세	\$	\$	\$
공과금 및 전화요금	\$	\$	\$
위자료, 양육비 지원금	\$	\$	\$
자동차 대출/임대료 납부	\$	\$	\$
교육	\$	\$	\$
학교/보육(미성년 부양자녀)	\$	\$	\$
식료품	\$	\$	\$

보험	\$	\$	\$
기타 비용	\$	\$	\$
<b>총 월 비용</b>	\$	\$	\$
<b>현재 의료 부채</b>			
	<b>환자/보증인</b>	<b>배우자/파트너</b>	<b>총비용</b>
미지급 의료 부채 (Cedars-Sinai)	\$	\$	\$
기타 의료 부채	\$	\$	\$
<b>자산(은퇴 계정 제외)</b>			
	<b>환자/보증인</b>	<b>배우자/파트너</b>	<b>총비용</b>
당좌/저축/신용조합 계좌	\$	\$	\$
주식 및 채권	\$	\$	\$
단기금융시장/중개 계정	\$	\$	\$
예금 증서	\$	\$	\$
<b>총 자산</b>	\$	\$	\$

본인은 본인이 인지하고 있는 범위 내에서 본 신청서 상의 정보가 사실이고 정확함을 증명합니다. 본인은 병원 및 전문 청구서 비용을 경감하기 위해 본인이 자격 대상이 될 수 있는 모든 지역, 주 및 연방 지원을 신청하는 데 동의합니다. 기관에서 제공된 정보를 확인될 수 있다는 것을 이해하고 있으며, 본인은 제3자에게 연락하여 본 신청서에 제공된 정보의 정확성을 확인할 수 있는 권한을 부여할 것입니다. 본인은 고의로 잘못된 정보를 제공했거나 신청서에 중대한 오류 또는 누락이 있는 경우 재정지원을 받을 수 없다는 것을 이해합니다. 이전에 본인에게 재정지원이 제공된 경우 해당 시점에서 취소될 수 있으며, 본인은 미지급 잔액을 책임질 것입니다.

재정지원 신청자의 서명

날짜

배우자/동거인/보증인 서명(해당되는 경우)

날짜