



SCL Health
500 Eldorado Blvd. Bldg. 6 Suite 6300
Broomfield, CO 80021-3408

SCL Health를 귀하의 의료 동반자로 선택해 주셔서 감사합니다. Sisters of Charity of Leavenworth Health System은 커뮤니티에 뛰어난 의료 서비스를 저렴한 비용으로 제공할 수 있게 되어 자랑스럽게 생각합니다. 당사는 재정 지원이 필요한 사람들을 지원하고 환자 본인은 물론 가족들의 건강 문제에 대한 궁금한 점이나 안내가 필요한 분들에게 도움을 드리고 있습니다.

SCL Health는 재정 지원이 필요한 환자를 위해 진료비 전액이나 일부를 대신 납부하는 프로그램을 운영하고 있습니다. 이 프로그램을 신청하려면 첨부된 재정 지원 신청서를 작성해 주시기 바랍니다.

신청서를 심사하려면 증빙 자료도 필요합니다. 필요한 자료 목록은 4페이지에 나와 있습니다. 해당 자료들은 이 편지를 직접 받은 날로부터 15일 이내에 보내주셔야 합니다. 재정 지원을 받기 위해 추가적인 설명이 필요하다고 생각하실 경우에는 지원서 마지막에 있는 공간에 적어 주시기 바랍니다.

지원서 내용을 빠짐없이 기입한 후 필요한 자료들과 함께 제출해 주셔야 합니다. 늦게 제출하시면 심사 시간이 오래 걸리고 거부될 수도 있습니다. 서명이 없는 지원서는 접수되지 않습니다.

특정한 이유로 위의 정보를 확인하지 못한 경우에는 오전 8:00-오후 4:30 사이에 Revenue Service Center(303-813-5400 또는 1-866-665-2636)로 문의하여 주십시오. 친절히 안내해 드리겠습니다.

신청에 대한 결과는 우편을 통해 알려드릴 예정입니다.

감사합니다.

SCL Health 재정
코디네이터

의료 재정 지원 신청서

일반 정보

환자 이름 _____ 계정 번호 _____

사회보장번호 _____ 생일 _____

주소 _____

시 _____ 주 _____ 우편번호 _____ 국가 _____

집 전화번호 _____ 휴대폰 번호 _____ 직장 전화번호 _____

이메일 _____

미혼 기혼/동거 이혼/별거 사별

책임 당사자명 _____ 관계 _____

사회보장번호 _____ 생일 _____

주소 _____

집 전화번호 _____ 휴대폰 번호 _____ 직장 전화번호 _____

배우자 이름 _____

사회보장번호 _____ 생일 _____

주소 _____

집 전화번호 _____ 휴대폰 번호 _____ 직장 전화번호 _____

함께 거주하는 피부양자 이름 및 나이 생일 포함:

이름	나이	생일
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

재정 지원 신청서

소득

국세청에 신고한(Form 1040) 지난 해의 AGI (조정총소득) _____
 세금을 신고하지 않았다면 그 이유를 설명하십시오. _____

현재 고용주 _____

주소 _____

전화번호 _____ 직업 _____

고용 기간 _____년 _____개월 정규직 / 계약직 _____

매주 근무하는 시간 _____

무직인 경우 실업 일자: _____ 실업 수당을 받고 있습니까? 예/아니요 _____

예인 경우 - 시작 일자 _____ 주당 수령 금액 _____

배우자/동거자 현재 고용주 _____

주소 _____

전화번호 _____ 직업 _____

고용 기간 _____년 _____개월 정규직 / 계약직 _____

매주 근무하는 시간 _____

무직인 경우 실업 일자: _____ 실업 수당을 받고 있습니까? 예/아니요 _____

예인 경우 - 시작 일자 _____ 주당 수령 금액 _____

월 수입소득	귀하	배우자
총 급여		
위자료 / 자녀 양육비		
사회 보장		
실업 / 산재 보험		
퇴직금 / 연금		
이자 / 임대		
생활 보호		
기타		
월 총액		

자산	가치/잔액
현재 집	
기타 부동산 (토지 투자, 임대 등)	
차량	
투자 - 주식, 채권, 뮤추얼 펀드, 401K, IRA, 연금	
보통 예금 1	
보통 예금 2	
보통 예금 3	
기타	
기타	

(Office use only) Annual Total _____
 (담당자 기재란) 연간 총액

재정 지원 정책

경비

주택담보 대출자 이름 또는 주인 _____

주소 _____

	월 지불액	잔액	현재 예/아니오
주택담보 대출 / 임대			
HOA			
임대자 보험			
집 전화			
휴대폰			
사무실 전화			
전기/가스			
물			
인터넷			
케이블/위성/접시형			
식비			
자동차 대출			
자동차 대출			
교통비-기름			
생명 보험			
건강 보험			
자동차 보험			
진료비			
처방비			
육아			
교육비/대출			
위자료 / 자녀 양육비			
신용카드 청구서			
기타			
기타			
월간 총액			

(Office use only) Annual Total _____

(담당자 기재란) 연간 총액

재정 지원 정책

기타

식료품 할인 구매권을 수령하고 있습니까? 예 아니오

의료 보험이 있습니까? 예 아니오

‘아니오’인 경우, Medicaid를 신청했습니까? _____ 신청 일자 _____

거부되었다면 그 이유는? _____

Medicaid 거부 일자 _____

이 계정은 산재 보험 및/또는 자동 청구용으로 만들어졌습니까? 예 아니오

‘예’인 경우 - 변호사가 있었습니까? 예 아니오

필요한 서류

- 서명과 날짜가 기입된 신청서
- 귀하, 배우자 및/또는 반려자의 최근 3개월간의 급여 명세서 복사본
- 3개월간의 은행잔고 증명서 (계좌 소유주의 이름과 계좌 번호가 나와 있는 개인/저축/사업 계정 포함)
- 월간 혜택이 나와 있는 내역서 사본 - 실업, 사회 보장 등
- 자녀 양육비/법정에서 지정한 양육비
- 지난 해의 세금 신고서(모든 페이지) 사본을 본 신청서와 함께 제출해야 합니다. W2 양식은 받지 않습니다.
- 실업 상태 및/또는 친구 또는 가족과 함께 거주할 경우 (3) 페이지에 있는 “경비”를 기입해야 합니다.

실업 상태 및/또는 친구 또는 가족과 함께 거주하는 경우

월간 주택담보 대출/임대, 전기/가스, 케이블 명세서가 반영된 재정 신청서 (3) 페이지를 작성해야 합니다.
(영수증은 제출하지 마십시오)

신청자 또는 배우자가 자영업자인 경우:

지난 3개월간의 거래 원장 사본을 제출해야 합니다.

미국에 거주하지 않은 사람

사진이 있는 ID, 여권, 비자 등의 사본을 제출합니다.

누락된 부분이 있는 신청서는 거부됩니다.

신청서에 서명을 해야 합니다.

본인의 서명은 이 신청서 기재된 정보가 본인이 알고 있는 범위 내에서 정확하고 사실임을 인정합니다. 본인은 SCL Health System에서 결정을 내리기 전에 소득을 검증한다는 것에 동의합니다. 또한, 본인은 상기 정보를 검증하기 위해 본인에게 비용을 부과하지 않고 신용도를 조회할 수도 있다는 것에 동의합니다.

서명 _____ 날짜 _____

추가 설명이 필요한 경우 아래 공백에 적어 주시기 바랍니다.

OFFICE USE ONLY:

Family Size_____ Income_____ Yearly Expenses_____ Poverty Level_____

Out Pt. Responsibility_____ In Pt. Responsibility _____ Clinic Responsibility_____ Level:_____

Special Notes: _____

Financial Coordinator Name: _____ Approved Denied

Decision Date _____

담당자 기재란:

가족 수_____ 수입_____ 연간 경비_____ 빈곤 수준 _____

외래 환자 책임_____ 입원 환자 책임 _____ 클리닉 책임_____ 수준: _____

특기 사항: _____

재정 코디네이터 이름: _____ 승인됨 거부됨

결정 일자 _____