



## 재정 지원이 필요한 환자

Penn State Health Community Medical Group은 모든 환자와 가족에게 좋은 서비스를 제공한다는 사명에 자부심을 갖고 있습니다. 병원비 결제가 어려운 경우 저희가 도움을 드릴 수 있습니다.

소득, 가계 규모, 자산을 토대로 의료적으로 필요한 서비스와 응급 서비스에 대한 재정 지원을 제공합니다. 재정 지원 자격이 안 되는 무보험 환자에게는 일반적으로 보험 환자에게 청구되는 금액보다 적게 청구됩니다.

### 신청 방법:

재정 지원 신청서(본 서한 뒷면)를 작성하고 아래 서류(해당하는 경우)를 첨부합니다.

- 가장 최근에 신고한 연방 소득세 신고서(Federal Income Tax Return)
- 가장 최근의 네(4) 차례 급여명세서
- 가장 최근의 네(4) 차례 은행 거래 내역서
- 사회보장 연금 산정서
- 실업 소득
- 연금 소득
- 재산 배분 확인서(distribution confirmation from estates) 또는 채무 합의서(liability settlements)(재산 또는 소송에 대한 최종 합의가 이루어질 때까지 재정 지원을 고려하지 않음)
- 의료 지원 또는 건강보험거래소 결정서
- 시민권 또는 합법적 영주권 자격(그린카드) 증빙
- 소득이 없는 가구의 경우, 생활비를 보조하는 자(들)의 서한
- PSHCMG가 재정 지원 자격을 결정하기 위한 재정 지원 신청서를 검토할 때 필요하다고 간주되는 기타 모든 정보

PSHCMG 웹사이트 [www.medgroup.pennstatehealth.org](http://www.medgroup.pennstatehealth.org)에 방문하여 재정 지원 정책과 추가 재정 지원 신청서를 확인하시기 바랍니다. 각 문서는 다양한 언어로 번역되어 있으며, 웹사이트 또는 진료소에서 직접 받아볼 수 있습니다. 재정 지원 자격에 관한 결정이 완료되면 각 신청자에게 전화나 서신으로 통보됩니다.

환자 재정 서비스 담당자에게 전화(717-947-7021)로 문의할 수 있습니다. 문의에 친절하게 답변하며, 문의 내용은 공개되지 않습니다.

감사합니다.

환자 재정 서비스(Patient Financial Services)

## 재정 지원 신청서

### 환자 정보:

환자 이름: \_\_\_\_\_ 환자 번호: \_\_\_\_\_

환자 이름: \_\_\_\_\_ 환자 번호: \_\_\_\_\_

환자 이름: \_\_\_\_\_ 환자 번호: \_\_\_\_\_

### 보증인 정보: (청구비를 지불할 개인)

보증인 이름: \_\_\_\_\_ 보증인 집 전화번호: \_\_\_\_\_

휴대 전화번호: \_\_\_\_\_ 주소: \_\_\_\_\_

시: \_\_\_\_\_ 주: \_\_\_\_\_ 우편번호: \_\_\_\_\_

직장 위치: \_\_\_\_\_ 보증인 직장 전화번호: \_\_\_\_\_

사회보장번호: 보증인: \_\_\_\_\_ 배우자: \_\_\_\_\_

귀하가 재정적으로 책임을 져야 하는 부양인 수(본인 포함): \_\_\_\_\_

본인은 이 신청서 전체를 읽었으며 신청서에 담긴 모든 내용은 본인이 아는 한 사실이고, 정확하며, 완벽하다고 보증합니다.

서명(보증인)

날짜

**\* 귀하의 신청서가 처리되기 위해서는 다음 정보(해당하는 경우)를 본 신청서와 함께 다시 보내야 합니다. \*\***

- 가장 최근에 제출한 IRS 세금 서류(1040) 및 기타 서류, 예: C, D, E, F
- 가장 최근의 네(4) 차례 급여명세서
- 가장 최근의 네(4) 차례 은행 거래 내역서(수표 계좌와 저축 계좌의 정보 포함)
- 사회보장 연금 산정서
- 실업 소득
- 연금 소득
- 재산 배분 확인서 또는 채무 합의서
- 의료 지원 또는 ACA(Affordable Care Act, 부담적정보험법) 결정 통지서
- 시민권 또는 합법적 영주권 자격(그린카드) 증빙
- 소득이 없는 가구의 경우, 생활비를 보조하는 자(들)의 서한
- 올해에 받은 기타 모든 소득 증거(예: 401K, IRA 계좌, 증권 계좌 등)

작성한 신청서를 Penn State Health Community Medical Group(ATTN: Self-pay Collections, PO Box 448, East Petersburg, PA 17520-0448)으로 우편으로 보내주십시오.