

대학병원 재정 지원 신청서

재정 지원을 받을 자격이 있다고 생각되면, 이 신청서를 작성하십시오. 서명을 포함해 신청서 전체를 검토하도록 작성 및 서명해야 합니다.
 이 신청서와 관련된 질문이나 우려 사항 또는 신청서 작성 도움 요청은 **(866) 771-7266** 으로 전화하거나 UH 시설 중 한 곳을 방문하셔도 됩니다.

환자 이름: _____ 환자 생년월일: _____ 서비스 날짜: _____
 주소: _____ 결혼 상태: _____ 계정 번호: _____
 시: _____ 전화번호: _____ 수용 시설: _____
 주: _____ 우편번호: _____

서비스 날짜 당시 오하이오 주민이었습니까? 예 아니요
 이 서비스에 적용되는 건강 보험에 가입했습니까? 예 아니요 *예라고 응답한 경우, 아래에 정보를 입력하고 보험 카드 사본을 첨부하십시오*
 보험 회사 이름: _____ 보험 번호 _____ 그룹 번호: _____
 COBRA 에 대한 자격이 있습니까? 예 아니요
 메디케이드 혜택을 받았습니까? 예 아니요 *만약 그렇다면 청구 번호 _____ 을 적고 메디케이드 카드 사본을 첨부하십시오*
 보유하고 있는 계좌 의료 상환 계좌(Health Reimbursement Arrangement) 건강 저축 계좌(Health Savings Account) 유연한 지출 계좌(Flexible Spending Account)
 아래에 모든 가구 구성원을 열거하십시오. 부모, 배우자(가정에서 생활하는지에 관계없이) 및 가정에서 부모와 함께 생활하는 18 세 이하의 자녀(친자 또는 입양 자녀). 급여 명세서, 사회 보장 확인서, 산재 보상, 납세 신고서 같은 소득 증빙 자료 사본을 포함하거나 UH 금융 상담사에게 전화하여 자격을 증명하기 위해 받을 수 있는 다른 증거를 논의하십시오.

환자 가족 구성원	연령	환자와의 관계	소득원 또는 고용주 이름	서비스일 전까지 3 개월 동안의 소득	서비스일 전까지 12 개월 동안의 소득
환자 -		본인			
2.					
3.					
4.					
5.					

\$0.00 소득 이상을 보고한 경우, 귀하(또는 환자)가 위에 요청된 기간에 재정적으로 어떻게 생활했는지 간단하게 설명하십시오.

또한, 다음 UH 장소에서 청구서를 받았습니다. CMC || AHUJA || GEAUGA || GENEVA || CONNEAUT || PORTAGE || ST JOHN || ELYRIA || PARMA || HOMECARE SAMARITAN || UH PHYSICIAN SERVICES || UHLSF

아래에 서명하여 내가 아는 한에서는 이 신청서의 내용이 진실이라는 것을 입증하며 믿습니다. 정부 혜택을 받기 위해 거짓 정보를 알고도 제출하는 것은 불법이라는 것을 이해합니다. 추가로 다른 당사자가 내가 제공한 정보에 의존할 수 있다는 것을 인정합니다. 이에 다른 당사자들이 그렇게 할 수 있도록 권한을 위임합니다.

책임 있는 당사자 서명: X _____ 날짜: _____

UH 대리인 서명: X _____ 날짜: _____

FOR OFFICE USE ONLY: #in HH _____ 3mo TTL _____ 12 mo TTL _____ FPL _____ HCAP UCAP AGB M

Medical Record No: _____ Date Completed: _____

대학병원

이전 연도에 발생한 의료적으로 필요한 비용

이 양식은 의학적으로 필요한 본인 부담 비용을 확인하여 귀하가 UH 재정 지원 정책에 따라 추가 계좌 지원을 받을 자격이 있는지 판단하는 데 활용합니다.

지원을 요청하는 보험 가입 환자인 경우 또는 보험 미가입자이고 소득이 연방 빈곤 지표의 250% 이상인 경우에만 작성합니다.

작년에 빛을 진 모든 병원, 의사 및 약국 서비스를 나열하십시오. 모든 비용에 대해 혜택의 보험 안내문을 제공해야 한다는 점을 참고하십시오.

<u>서비스 제공자</u>	<u>서비스 날짜</u>	<u>환자에 대해</u>	<u>OFFICE USE ONLY</u>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> NMN excluded <input type="checkbox"/> Recvd

환자가 올해 지불해야 하는 총액 _____

이 신청서를 작성하는 방법에 대해 질문이 있으십니까? (866) 771-7266 으로 문의하십시오

University Hospitals, Management Service Center, 3605 Warrensville Center Road, Shaker Heights, OH 44122 로 작성을 마친 신청서를 제출하십시오

FOR OFFICE USE ONLY: FPL _____ 10 15 20 25 NOT QUALIFIED Date Completed: _____