병원 의료 서비스 보장 프로그램(HCAP)/자선 의료 서비스/재정 지원 신청서

환자 이름 (성) (이름) (중간 이름 이니셜)	계좌 번호
주소	서비스 날짜 –
시 및 주	환자 생년월일
우편번호 전화번호	환자 사회보장번호

서비스에 대해 적용되는 건강보험이 있었습니까?	☐ 예	☐ 아니요
서비스 제공 시 오하이오 거주자였습니까?	☐ 예	☐ 아니요
병원 서비스 제공 시 Medicaid 수령자가 있었습니까? 답이 '예'인 경우, 수령자 청구서 번호를 기재하십시오.	☐ 예	☐ 아니요
이 서비스를 받은 원인이 자동차 사고입니까?	☐ 예	☐ 아니요

본인을 포함한 직계 가족 구성원 전체에 대하여 다음의 정보를 작성하여 주십시오. HCAP에서 "가족"이란 환자, 환자 배우자(환자와 동거 여부는 무관) 및 환자와 함께 거주하는 만 18세 미만의 환자 자녀(친자 또는 입양)를 말합니다.

가족 구성원 이름	나이	환자와의 관계	고용주 또는 소득원 이름	모든 소득에 대한 채용/근무 시작 날짜	3개월간 소득	12개월간 소득
(환자)		본인				
총계:						

이 신청서에 소득 확인서를 첨부하십시오. 소득 확인서에는 급여명세서 또는 적절한 기간에 대한(서비스를 받기 3개월 또는 12개월 전, 또는 3개월 또는 12개월간의 현 소득) 소득 관련 정보를 담은 여타 문서가 포함될 수 있습니다.

*소득을 $0.00로 신고한 경우 생계비를 어떻게 지원받고 있는지 설명을 기재하십시오.

*더 이상 일을 하지 않고 있는 경우, 마지막으로 일한 날짜를 기재하십시오.

자산 가치

주택: ☐ 자가 ☐ 임대 월별 납입금:$_____

당좌예금 잔액: $_____ 적금 계좌 잔액: $_____

총 투자액: $_____ 투자 상품 설명: _____

기타 자산 가치: $_____ $_____ $_____

자산 설명(자동차, 선박 등)_____ _____ _____

기타 소득: $ _____ 기타 소득 설명: _____

월별 총 지출액(가계 지출, 자동차 관련 지출, 공과금, 식비 등): $_____

작성을 마친 신청서는 다음 주소로 보내주십시오.

OhioHealth CBO Financial Assistance
L-4312
Columbus, OH 43260
또는 팩스: 614-566-6080
또는 이메일: customercenter@OhioHealth.com

도움이 필요하신 경우 614-566-1505 로 전화 문의하시거나 OhioHealth 병원의 재정 상담 담당자를 방문해주시기 바랍니다.

본인은 위에 기재한 정보가 본인이 아는 한 진실이며 정확한 사실임을 증언합니다. 또한, 본인은 본인의 병원 입원비를 지불하는 데 있어 지원(Medicaid, Medicare, 보험 등)을 받기 위해 필요하다면 각종 합당한 행위를 신청하고 조치를 취하겠습니다. 재정 지원은 최후의 수단일 뿐입니다. 지원을 받으려면 여타의 모든 채무 또는 지급인 등 가능한 방안을 모두 소진해야 합니다.

본인은 본 신청서(또는 양식)를 작성한 목적은 병원 측으로 하여금 본인이 규정된 기준에 의거하여 HCAP 또는 기타 재정 지원을 받을 자격이 되는지 확인할 수 있게 하는 데 있다는 것을 이해합니다. 본인이 제공한 정보 중 사실이 아닌 것으로 밝혀지는 것이 있는 경우, 병원 측이 본인의 재정 상태를 다시 확인하고 무엇이든 적절한 조치를 취할 수 있다는 점을 이해합니다. 본인은 OhioHealth에 필요한 경우 신용 조회 또는 재산 검색 및/또는 미수금 처리 대행업체 등에서 제공하는 정보 등 여타 출처로부터 재정 정보를 취득할 권한을 허가합니다.

OhioHealth

신청인 서명: _____ 날짜: _____

면접관 서명: _____ 날짜: _____