

환자 이름: _____

MRN: _____

무료 치료 또는 치료 할인 대상인지 확인: 이 신청서를 작성하면 Northwestern Memorial HealthCare(NMHC)에서 환자가 서비스를 무료 또는 할인된 요금으로 받을 수 있거나 의료 비용을 지불하는 데 도움이 되는 다른 공적 프로그램 가입 자격이 있는지 확인하는 데 도움이 됩니다.

보험에 가입되어 있지 않을 경우, 사회보장번호가 없어도 치료를 무료 또는 할인된 요금으로 받을 수 있습니다.

그러나 Medicaid를 비롯한 일부 공적 프로그램에는 사회보장번호가 필요합니다. 사회보장번호를 반드시 기재할 필요는 없으나, 기재할 경우 병원에서 공적 프로그램 가입 자격이 있는지 확인하는 데 도움이 됩니다. 입원 치료를 마치거나 외래 치료를 받은 날로부터 240일 이내에 무료 치료 또는 치료 할인을 신청하려면 이 양식을 작성하여 직접 제출하거나 우편, 이메일 또는 팩스로 제출하여 주십시오. NMHC에서 환자가 재정 지원 대상인지 판단하는 데 도움이 될 수 있도록 환자는 신청서에서 요청하는 모든 정보를 성실히 제공하는 데 동의해야 합니다.

보험에 가입되어 있지 않고 특정한 추정 자격 기준을 충족할 경우, 이 신청서를 작성하지 않아도 됩니다.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 노숙자 | 저소득층을 위한 지원 프로그램 등록: |
| <input type="checkbox"/> 유산을 남기지 않은 사망자 | <input type="checkbox"/> WIC(Women, Infants and Children Nutrition Program) |
| <input type="checkbox"/> 환자를 대리할 사람이 없는 금치산자 | <input type="checkbox"/> SNAP(Supplemental Nutrition Assistance Program) |
| <input type="checkbox"/> Medicaid 가입 대상이지만 병원 치료 기록이 없는 경우 | <input type="checkbox"/> LIHEAP(Illinois Free Lunch and Breakfast Program) |

신청자			
신청자 이름		사회보장번호	생년월일
주택 주소	시	주	우편번호
주택 전화번호	휴대전화 번호	이메일 주소	
선호하는 연락 수단 <input type="checkbox"/> 우편 <input type="checkbox"/> 이메일 <input type="checkbox"/> 주택 전화 <input type="checkbox"/> 휴대전화 <input type="checkbox"/> 노숙자			연간 가계 소득
신청자의 혼인 여부 <input type="checkbox"/> 기혼 <input type="checkbox"/> 미혼 <input type="checkbox"/> 별거 <input type="checkbox"/> 이혼 <input type="checkbox"/> 사별			가구 구성원 수 (세금 신고 기준)
고용 상태 <input type="checkbox"/> 고용 <input type="checkbox"/> 자영업 <input type="checkbox"/> 은퇴 <input type="checkbox"/> 장애인 <input type="checkbox"/> 실업 - 마지막 근로 일자: _____			
고용주 이름			전화번호
고용주 주소	시	주	우편번호
고용주가 제공하는 건강 보험 이름(COBRA 포함)			<input type="checkbox"/> 건강 보험을 제공하지 않음

배우자/파트너/부모/후견인(해당할 경우)			
관계 <input type="checkbox"/> 배우자 <input type="checkbox"/> 파트너 <input type="checkbox"/> 부모 <input type="checkbox"/> 후견인 <input type="checkbox"/> 기타: _____			
이름		사회보장번호	생년월일
고용 상태 <input type="checkbox"/> 고용 <input type="checkbox"/> 자영업 <input type="checkbox"/> 은퇴 <input type="checkbox"/> 장애인 <input type="checkbox"/> 실업 - 마지막 근로 일자: _____			
고용주 이름			전화번호
고용주 주소	시	주	우편번호
고용주가 제공하는 건강 보험 이름(COBRA 포함)			<input type="checkbox"/> 건강 보험을 제공하지 않음

환자 이름: _____

MRN: _____

보험 보장		
1. 외국인 보험 보장, Health Insurance Marketplace, 재향군인 보조금, Medicaid, Medicare 등을 포함하여 건강 보험에 가입되어 있거나 가입 자격이 있습니까? □ 예 □ 아니요		
a. '예'를 선택한 경우, 다음 정보를 기재해주시요.		
보험 계약자	보험사	보험 증서 번호
보험 계약자	보험사	보험 증서 번호

질문지		
1. 치료를 받을 당시 일리노이주 주민이었습니까? □ 예 □ 아니요		
2. 미국 비자가 있는 일리노이주 거주 외국인입니까? □ 예 □ 아니요		
a. '예'를 선택한 경우, 비자 유형은 무엇입니까? _____		
3. 응급실에서 받은 치료에 대한 재정 지원을 찾고 계십니까? □ 예 □ 아니요		
4. 이혼하였거나 별거 상태일 경우, 전 배우자/파트너가 혼인 해소 또는 별거 계약에 따라 의료 비용을 재정적으로 책임지고 있습니까? □ N/A □ 예 □ 아니요		
5. 제공된 치료가 다음과 관련되어 있습니까? □ 사고 □ 범죄 □ 산업 재해 □ 기타: _____		
6. 부상 또는 질병으로 인해 변호사를 고용하거나 소송을 준비하고 있습니까? □ 예 □ 아니요		
a. '예'를 선택한 경우, 다음 사항을 기재하십시오. <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p style="text-align: center;">_____ 변호사 이름</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p style="text-align: center;">_____ 변호사 전화번호</p> </div> </div>		
7. Medicaid를 신청했습니까? (병원에서 신청을 요청할 수 있음) □ 예 - 승인 대기 중 □ 예 - 가입 자격 없음 □ 아니요		
a. '아니요'를 선택한 경우, 아래에서 해당 항목을 모두 선택하십시오.		
□ 만 19세 미만	□ 만 65세 이상	□ 시각장애인
□ 당뇨, 고혈압 또는 발작에 대한 약물 복용 중	□ Social Security Administration에서 인정된 장애인	□ 임신부
□ 만 19세 미만 미성년자 자녀와 거주 중		

자산		
1. 부동산. 기본 거주지 외에 소유하고 있는 부동산(건물 및/또는 토지)과 관련된 정보를 작성해 주십시오.		
a. 부동산에서 대출 금액을 제외한 모든 건물 및 토지의 가치는 얼마입니까? \$ _____	□ N/A	
i. 이 부동산이 소득으로 사용됩니까? □ 예 □ 아니요		
b. 부동산에서 대출 금액을 제외한 토지(건물 외) 가치는 얼마입니까? \$ _____	□ N/A	
i. 이 부동산이 소득으로 사용됩니까? □ 예 □ 아니요		
2. 은행 계좌/투자금. 다음의 각 항목에 대해 현재 잔액의 합계를 작성해 주십시오.		
a. 당좌/저축/신용 조합 계좌: \$ _____	□ N/A	
b. 기타 투자금(채권, 주식 등 IRA 및/또는 퇴직 연금 제외): \$ _____	□ N/A	

이 신청서에 기재한 정보는 본인이 아는 한도에서 사실이고 정확함을 증명합니다. 이 병원 치료 요금을 지불하는 데 도움이 되고 가입 자격이 있는 모든 주/연방 또는 지방 단위 지원을 신청할 것입니다. 이 신청서에 제공한 정보를 NMHC에서 검증할 수 있음을 이해하고 있으며, NMHC가 제삼자에게 연락하여 이 신청서에 제공된 정보의 정확성을 확인하는 데 동의합니다. 이 신청서에 고의로 허위 정보를 기재하거나, 신청서에 그 외에 다른 중대한 오류 또는 누락이 있을 경우, 재정 지원을 받을 수 없으며 혜택을 받은 모든 재정 지원을 반납하고 치료 요금에 대한 지불을 책임져야 함을 이해합니다.

환자 이름: _____

MRN: _____

신청자 서명

배우자/파트너/부모/후견인 서명(해당할 경우)

날짜

날짜

작성한 지원서 및 증빙 서류 제출 주소:

Northwestern Memorial HealthCare

Attention: Financial Counseling

675 North Saint Clair, 2-110

Chicago, IL 60611

전화번호 312.926.6906 또는 800.423.0523

팩스 312.694.0447

finapps@nm.org

재정 지원 필수 증빙 서류

아래에서 요청한 문서를 제출해주시요. 필수 문서가 누락될 경우 신청이 지연되거나 거부됩니다. 문서를 제출할 수 없을 경우 소명 서신을 제출해주시요.

기본 문서:

- 세금 관련 문서: 가장 최근의 연방 세금 신고서 및 W-2/IRS 양식 4506-T: 세금 신고서 사본 요청.
- 정부에서 발급하고 사진이 부착된 유효한 신분증:
 - 운전면허증, 여권 등.
- 일리노이주 거주 증명: 다음 문서 중 **1가지 이상**을 제출하십시오.
 - 주에서 발급하고 사진이 부착된 유효한 신분증 또는 운전면허증
 - 일리노이주 주소의 최근 공과금 청구서
 - 일리노이주 유권자 등록 카드
 - 정부 또는 다른 신뢰할 수 있는 출처에서 신청자에게 보낸 최근 우편
 - 노숙자 쉼터에서 보낸 서신
- 소득 증명: 아래에서 해당하는 모든 문서를 제출하십시오.
 - 가장 최근에 받은 실업 급여 또는 명세서 2장 사본
 - 가장 최근에 받은 고용주 급여 또는 명세서 2장 사본
 - 가장 최근에 받은 사회 보장 급여 또는 명세서 2장 사본
- 자산 증명: 모든 당좌, 저축 및 신용 조합 계좌에 대한 가장 최근 명세서 2장을 제출하십시오.
- 작성을 마치고 서명한 신청서

보조/기타 문서:

- 기타 소득 증명: 다음 중 해당 문서를 제출하십시오. 단, 이전 연도의 세금 신고서를 제출하지 않았거나 다음 소득원 중 이번 연도와 이전 연도에 차이가 있을 경우에만 해당합니다.
 - 이혼/별거 수당 명세서
 - 사업 소득 명세서
 - 퇴직 또는 연금 소득 명세서
- 혼인 또는 합법적 동성 결혼 상태일 경우: 배우자/파트너와 관련하여 다음 중 해당 문서 제출
 - 소득 및 기타 소득 증명(위의 설명 참조)
 - 연방 세금 신고서 및 W-2/IRS 양식 4506-T: 세금 신고서 사본 요청
 - 모든 당좌, 저축 및 신용 조합 계좌에 대한 가장 최근 명세서
- 보조/기타(해당할 경우):
 - 외국인일 경우, 여권 및 미국 비자 사본
 - 건강 보험 카드(앞면과 뒷면 복사)
 - Medicaid 승인/거부 서신
 - 지원 서신(다른 사람이 생활비를 지불할 경우)