



Saint Agnes Medical Center

본원의 금융 지원 프로그램에 관심을 보여주신 점 감사드립니다. 귀하 또는 귀하의 가족이 지난 육(6)개월 내에 Saint Agnes Medical Center에 금융지원 프로그램을 신청하신 경우, 본 신청서를 완료하기 전에 (559) 450-3145 또는 (855) 224-5998번으로 전화하여 원무실로 연락해 주십시오.

삼십(30)일 이내에 완성된 신청서와 아래 기재된 모든 관련 서류를 제출하여 주십시오.

입금과 출금 내역을 보여주는 모든 당좌, 저축 및 투자 계좌에 대한 삼(3)개월 간의 전체 항목이 기재된 은행 입출금 명세서. 모든 입금에 대한 설명을 제공하십시오. (필수사항)

아래 기재된 바와 같이 소득 및/또는 비소득 수입의 증명서. (필수사항)

1. 급여율 및 근무 시간을 보여주는 본인, 배우자 및 모든 부양가족에 대한 최근 삼(3)개월간 급여 명세서 사본 또는
2. 본인 및 배우자에 대한 현재, 또는 가장 최근 제출한 연방 세금 환급 명세서 또는
3. 생계비용이 어떻게 충족되고 있는지를 설명하는 가족/친지로부터 받는 기부금 명세서 그리고
4. 본인, 배우자 및 모든 부양가족에 대해 적용되는 다음 중 해당 문서 모두:
 - 자영업자인 경우 손익계산서를 포함하는 가장 최근의 세금 환급 명세서
 - 부양가족의 증명을 위한 가장 최근의 세금 환급 명세서
 - 실업 급여 명세서
 - 장학금 수여 통지서
 - 공공 지원(예: CalFresh, Medi-Cal, 등)에 대한 결정 통지서
 - 사회 보장 및/또는 사회 보장 장애인 지원 통지서 또는 확인서
 - 배당금, 이자 및 기타 모든 출처(예: 임대 수입, 이혼 수당, 은퇴 보험금, 등)의 수입.

이러한 문서를 제출할 수 없는 경우, 문서를 제출할 수 없는 이유에 대한 사유서를 제출하십시오.

금융지원 신청서 및 관련 문서 제출처:

Saint Agnes Medical Center
Patient Business Services – Financial Services
34375 W 12 Mile Rd
Farmington Hills, MI 48331

제출자: _____

완성된 신청서 접수 후 대략 30일 정도의 처리기간이 소요됩니다. 질문이 있거나 다른 언어로 정보가 필요한 경우, 아래 기재된 전화번호로 원무실에 연락주시기 바랍니다.

감사합니다.

Saint Agnes Medical
 Center 고객 서비스
 (559) 450-3145 또는 (855) 224-5998



Saint Agnes Medical Center

차별금지 및 접근성 요건에 관한 정보 공지

Saint Agnes Medical Center는 모든 사람의 신성함과 존엄성을 존중하며, 연방 시민권 관련 법률을 준수하고, 인종, 피부색, 출신국가, 나이, 장애 또는 성별을 포함하나 이에만 국한되지 않는 보호 계층이라는 이유로 차별하지 않습니다.

Saint Agnes Medical Center: 장애가 있는 사람들이 효과적으로 병원 직원들과 소통할 수 있도록 다음과 같은 지원 및 서비스를 제공합니다.

- 비디오 및 오디오 통역 시스템 네트워크를 통한 적격한 수화 및 통역 서비스.
- 대형 인쇄물, 오디오, 접근 가능한 전자적 및 기타 형식과 같은 여러 형식의 서면 정보.

모국어가 영어가 아닌 사람들에게 대해 다음과 같은 무료 언어 서비스 제공:

- 공인 통역사 서비스
- 다른 언어로 작성된 정보

이러한 서비스가 필요한 경우, (559) 450-3000 TTY (559) 450-3233번으로 전화해 지원을 요청하시기 바랍니다

Saint Agnes Medical Center가 이러한 서비스의 제공을 제대로 하지 못했거나 인종, 피부색, 출신국가, 장애나 성별을 이유로 다른 방식으로 차별하였다고 생각하시는 경우, 우편, 팩스 또는 이메일을 통해 개인적 불만을 다음 연락처로 신고하실 수 있습니다.

Saint Agnes Medical Center,
 Attn: Risk Management
 1303 E. Herndon Ave.,
 Fresno, CA 93720
 559-450-7475,
 이메일: Information@samc.com

또한 다음 연락처로 웹 페이지, 우편 또는 전화를 통하여 미국 보건복지부의 인권 사무국에 인권과 관련된 불만사항을 신고하실 수도 있습니다.

보건복지부
 200 Independence Avenue, SW, Room a509F,
 HHH Building, Washington, DC 20201
 웹 페이지 <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>
 전화 1-800-368-1019 TTY 1-800-537-7697



Saint Agnes Medical Center

Spanish

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Tagalog

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Chinese

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233)。

Vietnamese

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Korean

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다.)번으로 전화해 주십시오. 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Armenian

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Չանգահարեք 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233)։

Russian

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните . 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Hindi

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं।) पर कॉल करें। 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233)।

Japanese

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます)まで、お電話にてご連絡ください。1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233)。

French

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le . 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Panjabi

ਿਧਆਨ ਿਦਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਿਵੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ।) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233)।



Saint Agnes Medical Center

Portuguese

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para . 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

German

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: . 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Farsi

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233) فراهم می باشد. با تماس بگیرید

Cambodian

ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនអ្នកនិយាយខ្មែរ, សេវាជំនួយភាសាខ្មែរ យើងមិនគិតលុយឡើយ
គឺធានាសេវាឥតគិតថ្លៃ។ ទូរស័ព្ទ ។ 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Thai

เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Lao

ໂບດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Arabic

اتصل بالمجان لك تتوافر اللغوية المساعدة خدمات فإن اللغة، اذكر تتحدث كنت إذا: ملحوظة -)
والبكم الصم هاتف - 1. برقم 11-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Hmong

LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Samoaan

MO LOU SILAFIA: Afai e te tautala Gagana fa'a Sāmoa, o loo iai auaunaga fesoasoan, e fai fua e leai se totogi, mo oe, Telefoni mai: 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Hawaiian

E NĀNĀ MAI: Inā ho‘opuka ‘oe i ka ‘ōlelo [ho‘okomo ‘ōlelo], loa‘a ke kōkua manuahi iā ‘oe. E kelepona iā 1- 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).



금융 지원을 위한 기밀 신청서

제휴 의원이나 기타 제공자가 제공하는 전문적 서비스는 별도로 청구될 수도 있습니다. 금융 지원에 대한 적용 여부는 이들 제공자가 자체의 정책, 절차 및 관련 규정에 따라 독자적으로 결정합니다. 본 신청서에 제공된 정보는 환자를 지원하기 위해 제휴 제공자에게도 제공될 수 있습니다. Saint Agnes Medical Center는 모든 사람의 신성함과 존엄성을 존중하며, 연방 및 주 법률을 준수하고, 인종, 피부색, 출신국가, 나이, 장애 또는 성별을 포함하나 이에만 국한됨이 없이 보호 계층이라는 이유로 차별하지 않습니다.

환자 이름			생년월일
도로명 주소		전화	메시지 전화
시/주/우편번호			사회 보장 번호
우편 주소(위와 다를 경우) 또는 이메일 주소(선호하는 경우)			

본인(환자가 아닌 경우), 배우자 및 부양가족에 대한 다음 정보를 제공하십시오.

이름	사회보장 번호	생년월일	환자와의 관계

모든 계좌 번호 및/또는 금융 지원을 원하는 서비스에 대한 날짜를 기재하여 주십시오.

환자 이름	계좌 번호	서비스 날짜	의료비 잔액



Saint Agnes Medical Center

의료 보험 가입 상태

의료보험을 신청하셨나요?	<input type="checkbox"/> 아	<input type="checkbox"/> 예	예라고 답한 경우, 이름/ID
예라고 답한 경우, 신청한 의료보험:			<input type="checkbox"/> Medicaid - 상태 <input type="checkbox"/> Health Exchange/ Healthcare.gov
보험 가입이 승인된 상태입니까?	<input type="checkbox"/> 아	<input type="checkbox"/> 예	
귀하는 의료 보험에 가입하고 보험료를 납부하셨습니까?	<input type="checkbox"/> 아	<input type="checkbox"/> 예	

금융 자산

당좌 계좌 잔고	은행명:	\$
예금 계좌 잔고	은행명:	\$

고용

피고용인	고용인	총 급여 기간	급여 기간의 수	연간 총 급여
		\$		\$
		\$		\$
		\$		\$
		\$		\$

기타 소득원

기타 소득원	매월	매년
이혼수당	\$	\$
공공 지원 프로그램 종류 (예: 현금, 식료품 구매권, 등)	\$	\$
은퇴 보험에서 받는 연금	\$	\$
사회 보장 / 사회 보장 장애인	\$	\$
실업 수당 또는 저소득자 지원 수당 지급된 주의 수: _____ 시작 날짜: _____ 종료 날짜 _____ 일주일 당 \$: _____	\$	\$
기타 수입(주식/채권/연금/이자/부동산 임대)	\$	\$
기타 수입(가족, 친지, 교회, 등...)	\$	\$



Saint Agnes Medical Center

수입 및 신원 확인

추가 정보가 요구되는 경우, 전화, 우편 또는 이메일로 통지해드리겠습니다.

본인은 제출한 모든 정보가 본인이 알고 있는 최선의 진실이며 완벽함을 인증합니다. 본인은 제공한 정보가 개인정보 및 기밀정보로서 검증되고 취급될 것임을 이해합니다. 본인은 캘리포니아 보건복지부로부터 일부 또는 모든 정보의 공개를 위탁합니다. **본인은 해당되는 경우 수입, 지출, 부양가족, 은행 명세, 급여 바우처 및 납세 명세에 대한 증명서를 반드시 제공해야 함을 이해합니다.** 본인은 또한 위에 제공한 정보가 허위로 제출되었을 경우, 세인트 아그네스 메디컬센터에서 제공받은 모든 서비스에 대해 본인이 지불할 책임을 지게 됨을 이해합니다. 본인은 오직 세인트 아그네스 메디컬센터에서만 금융 지원을 요청할 뿐 다른 의료 제공자 또는 의원에 요청하지 않았음을 인정합니다.

서명:

날짜:

배우자 서명(해당되는 경우)

날짜: