

## 재정 지원을 위한 기밀 신청서

Trinity Health 시설 및 의료진이 제공하는 병원 및 전문 서비스 용

개인 정보 및 기밀 정보

귀하의 의료 서비스 제공자로 **Saint Agnes Medical Center** 을(를) 선택해 주셔서 감사합니다. 동봉된 신청서를 작성하여 아래 주소로 보내주시면 재정 지원 평가를 완료할 수 있습니다.

궁금하신 내용은 월요일-금요일 오전 9시-오후 5시까지(동부 표준시 기준) 당사 고객 서비스 센터 **800-494-5797**로 문의하시기 바랍니다.

감사합니다.

Trinity Health Enterprise Patient Financial Services

Saint Agnes Medical Center 대리인

20555 Victor Parkway

Livonia, MI 48152

## 재정 지원을 위한 기밀 신청서

Trinity Health 시설 및 의료진이 제공하는 병원 및 전문 서비스 용

**신청서 양식을 작성하고 서명한 후, 다음 사본과 함께 10일 이내에 반송해 주시기 바랍니다.**

### 필수 검증 사항

- 최근 한 달간 총 소득 증빙
- 최근 두 달간 모든 은행 계좌 전체 명세서, 전체 페이지 포함 (정기 예금에 대한 설명)
- 최근 세금 신고서(스케줄 C, E 또는 F 가 포함된 1040 양식) 또는 석 달간 손익 계산서 (자영업자/부양가족)  
해당되는 경우, 다음을 제공해 주십시오
- 분기별 손익에 대한 최근
- 실업 수당/거부 서신
- 자녀 양육비 소득/위자료
- 소득 없음 - 신청서의 Letter of Financial Support(재정 지원서) 부분 작성

### 환자 정보

환자 이름		생년월일	
사회 보장/EIN 번호(선택)	휴대전화 번호	기타 전화번호	
우편 주소	도시	주	우편번호
이메일 주소	어느 주에 거주하고 계신가요?		
결혼 여부 <input type="checkbox"/> 미혼 <input type="checkbox"/> 기혼 <input type="checkbox"/> 이혼 <input type="checkbox"/> 기타 _____			
연방세 신고서를 제출하시겠습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 아니오로 답한 경우, 이유가 무엇입니까?	타인의 세금 신고서에 부양가족으로 청구할 수 있습니까 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오		
서비스 당시 귀하 또는 귀하의 부양가족이 건강 보험에 가입되어 있었습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 (보험증 사본을 제출하십시오)			
귀하는 미국 영주권자입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 답변하지 않겠습니다			
최근 세금 신고서를 기준으로, 본인을 포함한 가구 구성원	생년월일	환자와의 관계	세금 신고시 청구(예/아니오)

## 재정 지원을 위한 기밀 신청서

Trinity Health 시설 및 의료진이 제공하는 병원 및 전문 서비스 용

<b>모든 가구 구성원의 소득 확인</b>			
월 소득원	수령인은 누구입니까?	총 월 소득(세전)	월 소득원
임금[			근로자 보상[
사회 보장/장애인			실업수당
연금			자녀 양육비/위자료
자영업			토지 임대 소득
공적 지원금			기타
<b>재정 지원서 - 지원을 제공하는 사람만 작성하세요</b>			
<input type="checkbox"/> 나는 환자 생활비의 50% 이상을 지원하지만, 의료비는 도와줄 수 없습니다.			
<input type="checkbox"/> 나는 이 서신에 서명함으로써, 위의 진술이 정확하며 환자의 청구서에 대해 어떠한 책임도 지지 않을 것임을 확인합니다. 질문이 있는 경우, _____ 번(전화번호)으로 저에게 문의해 주십시오.			
지원을 제공하는 사람의 이름			환자와의 관계
지원을 제공하는 사람의 서명			날짜

### 소득 및 신원 확인

나는 이 신청서에 기재된 모든 정보가 내가 아는 한 사실이며 완전함을 증명합니다. 나는 제공된 정보가 검증될 수 있음을 이해합니다. 위 정보가 허위로 제공된 경우, 나는 Trinity Health 계열사에서 제공하는 모든 서비스에 대해 상환 책임을 지겠습니다

환자 서명: \_\_\_\_\_ 날짜: \_\_\_\_\_

또는 법적 보호자 서명(해당하는 경우): \_\_\_\_\_ 날짜: \_\_\_\_\_

환자와의 관계: \_\_\_\_\_ 날짜: \_\_\_\_\_

위 주소로 신청서를 우편으로 보내거나, 312-871-3350으로 팩스를 보내거나, MyChart(환자 포털, <https://mychart.trinity-health.org/MyChart>)를 통해 문서를 업로드하세요 문의 사항이 있는 경우, 월요일-금요일 오전 9시-오후 5시까지(동부 표준시 기준) 고객 서비스 센터 800-494-5797로 문의하시기 바랍니다