Northwestern Medicine®

오늘 날짜_____

재정 지원 신청

환자 이름 _____ MRN _____

무료 또는 할인된 가격으로 진료를 받을 수 있습니다.
본 신청서를 작성해 주시면 노스웨스턴 메모리얼 헬스케어(NMHC)에서 다음 서비스 지원 가능 여부를 결정할 수 있습니다:
- 무료 또는 할인 서비스
- 의료비 지원에 도움이 되는 기타 공공 프로그램

건강 보험이 없으실 경우: 무료 또는 할인된 의료 서비스를 받기 위해 사회보장번호가 필요하지 않습니다.
메디케이드(Medicaid)를 비롯한 일부 공공 프로그램에는 사회보장번호가 필요합니다. 사회보장번호 제공은 필수가 아니지만, 제공해 주시면 NMHC가 귀하의 공공 프로그램 자격 여부를 확인하는 데 도움이 됩니다.

이 양식을 작성하여 필요한 **모든** 증빙 서류와 함께 직접 방문하거나 우편, 이메일, 팩스로 제출해 주시기 바랍니다. 퇴원 후 또는 외래 치료를 받은 후 **240일 이내**에 완성된 신청서와 증빙 서류를 제출해야 합니다.

귀하는 퇴원일 또는 외래 진료를 받은 날로부터 240일 이내에 무료 또는 할인 진료를 신청하기 위해 인정합니다. 귀하는 NMHC가 재정 지원 자격 여부 결정에 도움이 되도록 이 신청서가 요청하는 모든 정보를 제공하기 위해 인정합니다.

건강 보험이 없지만 일정 기준을 충족하는 경우: 이 신청서를 작성하실 필요가 없습니다.

☐ 노숙을 하고 있습니다.

☐ 환자가 사망하였으며 배우자나 유산은 없습니다.

☐ 스스로 결정을 내릴 수 없고(의사결정 능력이 없고), 본인을 대신해 행동할 사람이 없는 상태입니다.

☐ 메디케이드 자격은 있으나 해당 진료일에는 적용되지 않습니다.

본인이 등록되어 있는 프로그램을 선택합니다.

☐ 여성, 영유아 및 아동 영양 프로그램(WIC)

☐ 영양 보충 지원 프로그램(SNAP)

☐ 일리노이주 무료 점심 및 조식 프로그램

☐ 일리노이주 주택 에너지 지원 프로그램(LIHEAP)

귀하의 정보			
이름	사회보장번호	생년월일(MM/DD/YYYY)	
자택 주소	도시	주	우편번호
자택 전화번호	휴대폰 번호	이메일	
선호하는 연락방법 ☐ 미국 우편 ☐ 이메일 ☐ 자택 전화 ☐ 휴대폰 전화	☐ 노숙을 하고 있습니다.	연간 가구 소득	
혼인 여부 ☐ 기혼 ☐ 미혼 ☐ 별거 ☐ 이혼 ☐ 사별		가구원 수(세금 신고 기준):	
고용 상태 ☐ 재직 중 ☐ 자영업 ☐ 은퇴 ☐ 장애로 인한 무직 ☐ 실업 상태(마지막 근무일 기재) _____			
고용주 이름	전화번호		
고용주 주소	도시	주	우편번호
고용주가 제공하는 건강 보험 플랜 이름(COBRA 포함)		☐ 귀하의 고용주가 건강 보험을 제공하지	

Northwestern Medicine®

재정 지원 신청

환자 이름 _____ MRN _____

보험 보장 범위		
다음과 같은 건강 보험에 가입되어 있거나 가입 자격이 있습니까? • 국제/여행용 건강 보험 • 건강 보험 Marketplace 플랜 • 재향 군인 혜택 • 메디케이드 • 메디케어 ☐ 예 ☐ 아니오 **예라고 답하신 경우 다음 정보를 입력해 주십시오:**		
플랜 구매자 이름 (보험 계약자):	보험사	보험 번호
플랜 구매자 이름 (보험 계약자):	보험사	보험 번호

배우자, 파트너, 부모 또는 보증인(해당되는 경우)			
관계 ☐ 배우자 ☐ 파트너 ☐ 부모 ☐ 보증인 ☐ 기타 _____			
이름	사회보장번호	생년월일(MM/DD/YYYY)	
고용 상태 ☐ 재직 중 ☐ 자영업 ☐ 은퇴 ☐ 장애로 인한 무직 ☐ 실업 상태(마지막 근무일 기재) _____			
고용주 이름	전화번호		
고용주 주소	도시	주	우편번호
고용주가 제공하는 건강 보험 플랜의 이름(COBRA 포함)	☐ 고용주가 건강 보험을 제공하지 않습니다.		

Northwestern Medicine®

재정 지원 신청

환자 이름 _____ MRN _____

질문지		
1. 치료를 받을 당시 일리노이주에 거주했나요?		☐ 예 ☐ 아니오
2. 미국 비자를 소지하고 일리노이주에 거주하는 외국인(미국 시민권자 아님)이신가요? A. 그렇다면 어떤 종류의 비자인가요?_____		☐ 예 ☐ 아니오
3. 응급실에서 받은 치료에 대한 재정적 지원을 원하시나요?		☐ 예 ☐ 아니오
4. 이혼 또는 별거 중인 경우: 귀하의 전 배우자/파트너가 이혼 또는 별거 합의서에 따라 의료비에 대해 재정적 책임이 있습니까?	☐ 해당 없음	☐ 예 ☐ 아니오
5. 귀하가 받은 치료가 다음 중 하나와 관련되어 있나요? ☐ 사고 ☐ 범죄 ☐ 산업 재해 ☐ 기타 _____		
6. 귀하의 부상이나 질병에 대해 변호사를 고용했거나 청구를 진행 중이신가요? A. 예라고 답하신 경우, 다음을 알려주세요: _____ 변호사 이름 _____ 변호사 전화번호		☐ 예 ☐ 아니오
7. 이미 메디케이드를 신청했습니까? 저희가 신청을 요청할 수도 있습니다. ☐ 예 - 승인 대기 중 ☐ 예 – 자격 없음 ☐ 아니오 A. 아니요'라고 답한 경우 해당 항목을 모두 선택해 주십시오: ☐ 만 19세 이하입니다. ☐ 당뇨병, 고혈압 또는 발작을 관리하기 위해 약을 복용 중입니다. ☐ 만 65세 이상입니다. ☐ 사회보장청(Social Security Administration)에 의해 장애인으로 판정되었습니다. ☐ 시각 장애인입니다. ☐ 임신 중입니다. ☐ 19세 미만의 자녀가 함께 살고 있습니다.		

자산		
1. **부동산:** 본인 소유 건물이나 토지에 대한 정보를 입력해 주십시오**(주 거주지가 아닌 건물이나 토지)**. A. 모든 건물과 토지의 가치에서 해당 부동산에 대한 부채 금액을 뺀 금액은 얼마입니까? $ _____ ☐ 해당 없음 I. 이 부동산이 수익 창출에 사용됩니까? ☐ 예 ☐ 아니오 B. 토지(건물 제외)의 가치에서 해당 부동산에 대한 부채 금액을 뺀 금액은 얼마입니까? $ _____ ☐ 해당 없음 I. 이 부동산이 수익 창출에 사용됩니까? ☐ 예 ☐ 아니오		
2. **은행 계좌 및 투자금:** 다음 항목에 각각 총 금액을 기재하십시오. A. 당좌 예금 계좌, 저축 계좌 및 신용 조합 계좌: $ _____ ☐ 해당 없음 B. 채권 및 주식 등의 기타 투자. 어떤 유형의 퇴직 계좌도 포함하지 **마십시오**. $ _____ ☐ 해당 없음		

서명함으로써 본인은 이에 동의합니다:
- 본인은 이 청구서 납부에 도움이 될 수 있는 모든 주, 연방 또는 지방의 지원 프로그램에 신청할 것입니다.
- 이 신청서에 기재한 정보는 제가 아는 한 사실이며 정확합니다.
- 본인은 NMHC가 이 정보를 확인할 수 있다는 것을 이해합니다.
- NMHC는 본 신청서에 제공한 정보를 확인하기 위해 제3자에게 연락할 수 있습니다.

본인은 고의로 허위 정보를 제공하거나 신청서에 중요한 실수나 누락이 있을 경우, 신청이 취소될 수 있음을 이해합니다.
- 본인은 재정 지원 자격이 없습니다.
- 본인에게 제공된 모든 재정적 지원은 취소될 수 있습니다.
- 청구서 결제는 본인이 책임집니다.

시간 _____ 날짜_____ 신청인 서명 _____
시간 _____ 날짜_____
☐ 배우자 ☐ 파트너 ☐ 부모/보증인*(하나만 선택) 서명*(해당하는 경우)_____

작성한 신청서와 증빙 서류를 다음 주소로 보내주십시오:

노스웨스턴 메모리얼 헬스케어(Northwestern Memorial HealthCare)
수신인: Financial Counseling
675 North Saint Clair Street, Suite 2-110, Chicago, Illinois 60611

전화번호: 312.926.6906 또는 800.423.0523
Fax: 312.694.0447
finapps@nm.org

Northwestern Medicine®

재정 지원 신청

환자 이름 _____ MRN _____

재정 지원을 위한 필수 증빙 서류

필요 서류를 모두 포함하지 않으면 신청이 지연되거나 거부될 수 있습니다. 필수 서류를 제출할 수 없는 경우 그 이유를 설명하는 레터를 제출하시기 바랍니다.

필요 서류

일리노이 거주 확인:

- 다음 서류 중 최소 **하나**:
  - ☐ 주에서 발급한 유효 신분증 사본 1부
  - ☐ 일리노이 주소로 청구된 최근의 공과금 청구서
  - ☐ 일리노이주 유권자 등록증 사본 1부
  - ☐ 정부 또는 기타 신뢰할 수 있는 출처에서 현재 주소로 발송된 우편물
  - ☐ 노숙자 쉼터, 임시 거주 시설 또는 기타 유사한 시설에서 발급한 해당 시설의 거주 사실 확인서
  - ☐ 일리노이주 차량 등록증 사본 1부
  - ☐ 임시 방문자 운전면허증
  - ☐ 임대차 계약서
  - ☐ 동일한 주소에 거주 중인 가족이 작성한 거주 확인 진술서
  - ☐ 아래에 열거한 재정 서류 중 하나

재정 서류:

- 다음 서류 중 최소 **하나**:
  - ☐ 가장 최근의 세금 신고서 사본 1부
  - ☐ 가장 최근의 W-2 및 1099 양식 사본 1부
  - ☐ 가장 최근의 고용주 지급 내역서 또는 급여 명세서 2통의 사본
  - ☐ 가장 최근의 실업 수당 지급 내역서 또는 급여 명세서 2통의 사본
  - ☐ 현금으로 급여를 받는 경우, 고용주가 작성한 소득 확인서

결혼했거나 시민 노조에 가입한 경우, 위 서류 중 배우자 또는 파트너에게 해당하는 것을 최소 하나 제출하십시오.

작성 및 서명이 완료된 신청서.

기타 서류

- 작년 세금 신고서를 제출하지 않았**거나**, 위자료, 사업 소득, 퇴직금 또는 연금 소득이 작년과 다를 경우: 아래에서 귀하에게 해당되는 비급여 서류를 제출하십시오.
  - ☐ 위자료 수입 내역서
  - ☐ 사업 수입 내역서
  - ☐ 퇴직 또는 연금 소득 내역서
- 미국 시민권자가 아닌 외국인인 경우:
  - ☐ 여권 및 미국 비자 사본을 제출하십시오.