

재정 지원이 필요한 환자

Milton Hershey Medical Center (MSHMC)는 모든 환자와 가족에게 좋은 서비스를 제공한다는 사명에 자부심을 갖고 있습니다. 의료비 납부에 문제가 있는 분에게 도움을 드릴 수 있습니다.

의학적으로 필요한 서비스와 응급 서비스에 대해 수입, 가족 규모, 자산을 근거로 재정 지원을 제공합니다. MSHMC는 비상 사태 또는 기타 의학적으로 필요한 치료를 위한 일반 청구금액 (Amounts generally billed, AGB) 이상의 금액을 FAP 자격을 갖춘 또는 FAP 자격이 없는 개인에게 청구하지 않습니다.

신청 방법:

재정 지원 신청서(본 통지문의 뒷면)를 작성한 후 아래의 서류를 첨부하십시오(해당될 경우):

- 가장 최근에 신고한 연방 소득세 신고서(Federal Income Tax Return)
- 가장 최근의 네(4) 차례 급여명세서
- 가장 최근의 네(4) 차례 은행 거래 내역서
- 사회보장 연금 산정서
- 실업 소득
- 연금 소득
- 재산 배분 확인서(distribution confirmation from estates) 또는 채무 합의서(liability settlements)(재산 또는 소송에 대한 최종 합의가 이루어질 때까지 재정 지원을 고려하지 않음)
- 의료 지원 또는 건강보험거래소 결정서
- 시민권 또는 합법적 영주권 자격(그린카드) 증빙
- 소득이 없는 가구의 경우, 생활비를 보조하는 자(들)의 서한
- PSHMC가 재정 지원 자격을 결정하기 위한 재정 지원 신청서를 검토할 때 필요하다고 간주되는 기타 모든 정보.

병원 웹사이트 www.pennstatehershey.org에서 재정 지원 정책 및 추가 재정 지원 신청서를 확인하십시오. 각 문서는 다양한 언어로 번역되어 있으며, 웹사이트에서 또는 직접 방문하여 받아볼 수 있습니다. 재정 지원 자격에 관한 결정이 내려지면 모든 지원자에게 전화 또는 서신으로 통보합니다.

재정 상담 직원은 편리하게 도움을 드릴 수 있도록 Academic Support Building, 90 Hope Drive, 2nd floor, Suite 2106.에 위치한 Medical Center 캠퍼스에 배치되어 있습니다. **717-531-5069** 번 또는 **1-800-254-2619** 번으로 전화하실 수 있습니다. 모든 질문은 합당하게 답변해 드리며 기밀로 취급됩니다.

감사합니다.

재정 상담원

재정 지원 신청

환자 정보:

환자 이름 _____ 환자 번호 _____

환자 이름 _____ 환자 번호 _____

환자 이름 _____ 환자 번호 _____

보증인 정보: (이 청구서의 지불 책임자)

보증인 이름: _____ 보증인 자택 전화: _____

핸드폰 번호: _____ 주소: _____

시: _____ 주: _____ 우편 번호: _____

직장: _____ 보증인 직장 전화: _____

소셜 시큐리티 번호: 보증인: _____ 배우자: _____

재정적으로 책임지고 있는 부양 가족 수(본인 포함): _____

본인은 이 신청서를 모두 읽었고, 본 양식에 제공된 모든 정보가 본인이 알고 믿는 한도에서 진실하고 정확하며 완전함을 확인합니다.

서명(보증인)

날짜

**** 다음 정보(해당되는 경우)를 이 양식과 함께 발송하셔야 신청서가 처리됩니다. ****

- 가장 최근 제출한 IRS 납세 신고서(1040) 및 모든 일정(예: C, D, E, F)
- 가장 최근의 네(4) 차례 급여명세서
- 가장 최근의 네(4) 차례 은행 거래 내역서(당좌 계좌와 예금 계좌 정보 모두 포함)
- 사회보장 연금 산정서
- 실업 소득
- 연금 소득
- 재산 배분 확인서(distribution confirmation from estates) 또는 채무 합의서(liability settlements)
- 의료 지원 또는 ACA 결정 통지서
- 시민권 또는 합법적 영주권 자격(그린카드) 증빙
- 소득이 없는 가구의 경우, 생활비를 보조하는 자(들)의 서한
- 올해에 받은 기타 모든 소득 증거(예: 401K, IRA 계좌, 증권 계좌 등)

신청서를 빠짐없이 작성해 **Financial Counseling Department, PO Box 853, A410, Hershey, PA 17033** 로 우편 발송해 주십시오.