

재정 지원 신청서



환자 귀하,

중요- 귀하는 무료 또는 할인된 금액으로 의료 서비스를 이용하게 되실 수도 있습니다. 본 신청서를 작성해주시면 SSM Health 에서 귀하가 무료 또는 할인된 가격의 의료서비스 또는 의료서비스 비용을 지원하는 기타 공공 프로그램 자격요건에 해당하는지 판단하는데 도움이 될 것입니다. 본 신청서를 병원에 제출해주시시오.

귀하가 무보험자인 경우 무료 또는 할인 혜택 자격에 부합하기 위해서 사회보장번호가 반드시 있어야 하는 것은 아닙니다. 그러나 사회보장번호는 메디케이드(Medicaid)와 같은 일부 공공 프로그램에 꼭 필요합니다. 사회보장번호를 제공하는 것은 필수 의무사항은 아니나 병원이 귀하의 공공 프로그램 수혜 자격을 결정하는 데 도움이 될 수 있습니다.

무료 또는 할인 혜택을 신청하시려면 퇴원일 또는 외래환자 진료를 받은 후 60 일 이내에 본 양식을 작성하여 병원에 직접 제출하거나 우편 또는 전자 메일로 제출해주시시오.

환자는 본인이 재정 지원 혜택을 이용할 자격이 있는지 병원이 결정할 수 있도록 요청된 모든 정보를 제공하려고 성실한 노력을 다해야 합니다.

체크리스트:

- 본 신청서를 작성하고 서명해주시시오.
- 가장 최근에 제출한 연방 세금 신고서(또는 미신고 확인서)
- 최근 3 달의 상세한 은행 내역서(당좌(checking) 및 저축 계좌)
- 최근 2 달의 총 소득 확인서(모든 가족구성원)

유의사항: SSM Health 는 적합한 문서 없이 자격 여부를 심사할 수 없습니다. 필요한 모든 문서를 취합하였는지 확인해주시시오. 필요한 모든 문서를 제출하지 않을 경우 귀하의 신청서 처리가 지연될 수 있습니다.

원본과 동일한 서류 사본을 철하지 않은 상태로 제출해주시시오. SSM 은 재정 지원 심사를 위해 사용된 원본 서류를 반환해드릴 수 없습니다.

추정적 지원(Presumptive Charity) 자격요건에 해당되는 환자도 본 신청서를 작성해야 합니다.

신청서 작성에 도움이 필요하거나 문의사항이 있을 경우, SSM Health 고객 서비스 ((855) 989-6789)로 연락해주시시오.



우편 발송

SSM Health: Patient Business Services

Attn: Financial Assistance

PO Box 28205

St. Louis, MO 63132



팩스

(314) 989-6734



이메일

financialaid@ssmhc.com

- Illinois**
- Good Samaritan Regional Health Center (Mt. Vernon)
 - St. Mary's Hospital (Centralia)

- Missouri**
- St. Francis Hospital and Health Services
 - SSM Health St. Mary's Hospital - Audrain
 - SSM Health St. Mary's Hospital - Jefferson City
 - SSM Cardinal Glennon Children's Medical Center
 - SSM DePaul Health Center

- Missouri**
- SSM St. Clare Health Center
 - SSM St. Joseph Health Center
 - SSM St. Joseph Health Center - Wentzville
 - SSM St. Joseph Hospital West
 - SSM St. Mary's Health Center

- Oklahoma**
- Bone & Joint St. Anthony Hospital
 - St. Anthony Hospital
 - St. Anthony Shawnee Hospital

- Wisconsin**
- St. Clare Hospital
 - St. Mary's Hospital (Madison)
 - St. Mary's Janesville Hospital

보증인 ID: _____

(담당자 작성난)

해당되는 모든 항목을 기입해주셔야 신청서 처리가 지연되는 것을 막을 수 있습니다.

환자 정보					
환자 이름		생년월일	전화번호:		환자 어카운트 번호
현재 주소:		아파트 호수	시/주/우편번호		<input type="checkbox"/> 임대 <input type="checkbox"/> 자가소유
사회보장번호:		혼인 여부	가족 규모: (하기의 가족 섹션을 기입해주세요.)	보험가입여부: <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	부모/기타인과 함께 거주 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 “예”라고 답한 경우, 후원자 진술서가 작성을 위해 환자에게 발송될 것입니다.
고용 여부: <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	고용주:	근무년수	무직 상태인 경우, 마지막 고용주 이름과 근무 일자를 기입해주세요		

책임 있는 당사자(환자와 다를 경우)					
보증인 이름:		생년월일	전화번호:		환자 어카운트 번호
현재 주소:		아파트 호수	시/주/우편번호		<input type="checkbox"/> 임대 <input type="checkbox"/> 자가소유
사회보장번호:		혼인 여부	가족 규모 (하기의 가족 섹션을 기입해 주십시오.):	보험가입여부: <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	부모/기타인과 함께 거주 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 “예”라고 답한 경우, 후원자 진술서가 작성을 위해 환자에게 발송될 것입니다.
고용 여부: <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	고용주:	근무년수	무직 상태일 경우, 마지막 고용주 이름과 근무 일자를 기입해주세요		

가족 정보
추가 가족 구성원이 있을 경우 모든 필수 문서를 포함하여 별도의 용지를 첨부하십시오.

성:	이름:	관계	생년월일	고용 여부 (관련 문서를 제출하십시오.)	정규 학생 여부 (관련 문서를 제출하십시오.)	월수입 (관련 문서를 제출하십시오.)	피부양자 (관련 문서를 제출하십시오.)	법적 신분
		본인		<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 고용주:	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 학생 비자? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오			<input type="checkbox"/> 미국 시민권자 <input type="checkbox"/> 합법적 거주자 <input type="checkbox"/> 불법체류자
				<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 고용주:	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 학생 비자? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오		<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 미국 시민권자 <input type="checkbox"/> 합법적 거주자 <input type="checkbox"/> 불법체류자
				<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 고용주:	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 학생 비자? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오		<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 미국 시민권자 <input type="checkbox"/> 합법적 거주자 <input type="checkbox"/> 불법체류자
				<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 고용주:	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 학생 비자? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오		<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 미국 시민권자 <input type="checkbox"/> 합법적 거주자 <input type="checkbox"/> 불법체류자
				<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 고용주:	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 학생 비자? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오		<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 미국 시민권자 <input type="checkbox"/> 합법적 거주자 <input type="checkbox"/> 불법체류자
				<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 고용주:	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 학생 비자? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오		<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	<input type="checkbox"/> 미국 시민권자 <input type="checkbox"/> 합법적 거주자 <input type="checkbox"/> 불법체류자

다음(이를 포함하나 이에 국한되는 것은 아님)과 관련하여 총 소득을 증명할 자료를 제시하십시오. 임금, 사회보장연금(수혜 통지서), 연금, 실업수당/산재보험, 위자료/자녀양육비, 정부 보조금, 장애 수당, 파업 수당, 학자금/장학금, 배당금/이자, 임대 수입 등. 유학생은 학생 비자 및 현재 학교 일점표를 제출해야 합니다. 은행 내역서는 소득 확인/증빙 자료로 사용될 수 없습니다.

유의사항: 귀하의 신청 상황에 따라, 추가적인 서류를 요청할 수도 있습니다. (이는 가족 청구서, 의료비용 청구서, 소득 증명서/후원자 신고서, 신용보고서 및 재정적 필요를 뒷받침할 만한 다른 증거를 포함하나 이에 국한되는 것은 아닙니다.)

Illinois

- Good Samaritan Regional Health Center (Mt. Vernon)
- St. Mary's Hospital (Centralia)

Missouri

- St. Francis Hospital and Health Services
- SSM Health St. Mary's Hospital - Audrain
- SSM Health St. Mary's Hospital - Jefferson City
- SSM Cardinal Glennon Children's Medical Center
- SSM DePaul Health Center

Missouri

- SSM St. Clare Health Center
- SSM St. Joseph Health Center
- SSM St. Joseph Health Center – Wentzville
- SSM St. Joseph Hospital West
- SSM St. Mary's Health Center

Oklahoma

- Bone & Joint St. Anthony Hospital
- St. Anthony Hospital
- St. Anthony Shawnee Hospital

Wisconsin

- St. Clare Hospital
- St. Mary's Hospital (Madison)
- St. Mary's Janesville Hospital

보증인 ID: _____

(담당자 작성난)

가족 자산

가족구성원 이름	당좌 계좌 은행명	계좌번호 및 잔고	당좌 계좌 은행명	계좌번호 및 잔고	기타(IRA, CD 등)	잔고
가족구성원 이름	건강 저축 계좌(HAS)/선택지출형 계좌 (가치)	차량(연식/제조사/모델)	차량 가치	부동산(주 거주지, 임대 등)	부동산 가치	기타/가치

추가 가족 구성원이 있을 경우 모든 필수 문서를 포함하여 별도의 용지를 첨부하십시오.

가족 부채

지출	월	잔금
주택		
유틸리티		
음식		
교통		
자녀 양육		
대출		
의료비용		
기타 비용(열거하십시오)		
기타:		

 기타 부채관련 정보가 있는 경우 별도의 용지를 부착하십시오. ****일리노이주 병원 이용 환자 전용: 환자가 77 ILAC 4500.40 에 설명된 추정적 자격요건에 해당하거나 가족 수입에 근거해볼 때 추정적으로 자격요건에 해당한다고 생각될 경우, 환자는 본 신청서 섹션을 작성할 필요가 없습니다.****

환자 동의서
 본인은 본 신청서에 포함된 정보가 본인이 믿는 한 진실되고 정확한 것임을 서약합니다. 본인은 본 병원비를 납부하는 데 도움을 줄 수 있는 본인이 지원 가능한 여하한 주정부, 연방정부 또는 지역차원의 지원금을 신청할 것입니다. 본인은 제공된 정보는 병원의 검증과정을 거칠 수 있으며 본인은 해당 병원이 본 신청서에 제공된 정보의 정확성을 검증하기 위해 제 3 자와 연락할 수 있도록 허용합니다. 본인이 의도적으로 거짓된 정보를 신청서에 기재할 경우, 재정 지원을 받을 수 있는 자격을 상실하게 되며 본인에게 제공된 재정 지원은 반복될 수 있으며 병원비 전체를 납부해야 될 것임을 잘 알고 있습니다.

환자 서명 _____ 일자 _____ 책임 당사자 또는 배우자 서명 _____ 일자 _____

재정 지원 요약서

SSM Health는 무보험 또는 과소보험자, 정부 프로그램 수혜 자격에 해당하지 않거나 기타 의학적으로 필요한 치료를 부담할 수 없는 사람들에게 재정적 지원을 제공하기 위해 헌신하고 있습니다. SSM Health는 개개인의 지불 능력과 상관없이 응급 질환에 대한 의료서비스를 제공할 것입니다.

재정 지원은 차등제로 이용 가능합니다. 각 신청인의 재정적인 필요는 가족 구성원 수 및 소득을 포함한 연방 빈곤 기준선(Federal Poverty Levels)을 기준으로 결정됩니다. 재정적인 필요를 판단할 때 연령, 성별, 인종, 사회 또는 이민 상태, 성적 취향 또는 종교 등은 고려되지 않습니다. SSM Health는 본 방침에 따라 재정 지원을 받을 수 있는 환자에게 제공되는 응급 및 의학적으로 필요한 치료에 부과되는 비용이 해당 의료 서비스의 총 비용에 AGB 비율을 곱한 값을 초과하지 않도록 제한하고 있습니다.

재정 지원을 신청하시려면 재정 지원 신청서(Financial Assistance Application)를 작성해야 합니다. 무료 신청서가 필요하신 경우 (855) 989-6789로 전화 또는 ssmhealth.com/financialaid를 방문해주시십시오. 다음 문서를 신청서에 동봉해주시십시오.

- 당좌 & 저축 계좌 내역서(최근 3달)
- 수입 확인서(최근 2달)
- 전년도 세금 신고서 또는 비신고 확인서

무보험 환자는 자동적으로 확인된 요금 청구서를 받게 됩니다. 이는 귀하의 청구 내역서에 기재될 것입니다. 이 때문에 귀하가 재정 지원을 받은 자격을 상실하게 되는 것은 아닙니다. 무보험 환자의 경우, 금융 지원은 확인 후에 적용됩니다.

보험 보장이 불충분 한 환자의 경우도 역시 지원을 받을 자격에 해당할 수 있습니다.

저희 금융 상담사가 귀하가 재정 지원 자격 요건에 해당되는지 판단할 수 있도록 도와드릴 것입니다. 해당될 경우, 금융 상담사는 귀하가 메디케이드를 신청하거나 납부 플랜을 설정하는 것을 도와드릴 것입니다.

환자분들은 SSM Health의 금융 지원 신청 절차에 협조해주셔야 합니다. 재정 지원 자격은 SSM Health의 주요 서비스 구역에 거주하는 사람들로 제한될 수도 있습니다. 환자가 재정 지원을 받을 자격요건에 해당하는 것으로 보이지만 이를 증빙할 수 없을 경우, SSM Health는 외부 기관을 통해 자격 여부를 결정할 것입니다.

금융 지원 방침(Financial Assistance Policy), 요금 청구 및 수금 정책, 쉬운 말 요약서(Plain Language Summary), 재정 지원 신청서(Financial Assistance Application)의 번역본은 ssmhealth.com/financialaid에서 확인하실 수 있으며 제공되는 언어는 다음과 같습니다. 스페인어, 독일어, 중국어, 베트남어, 프랑스어, 세르보크로아티아어, 한국어, 러시아어, 타갈로그어, 아랍어, 몽족어, 라오스어
미납 시 SSM Health가 취할 수 있는 조치에 대해 설명한 당사의 청구 및 수금 정책서는 요청 시 무료로 제공해드립니다.

SSM Health는 언제나 재정 지원 자격요건 결정 기준을 변경할 수 있습니다.

신청서 및 모든 요청 문서를 우편, 이메일, 팩스로 전송해주시거나 직접 제출해주시십시오. SSM Health는 귀하의 개인 정보가 얼마나 민감한 것인지 잘 알고 있으며 귀하의 프라이버시를 보호하기 위해 최선을 다해 노력하고 있습니다.



우편 발송

SSM Health: Patient Business Services
Attn: Financial Assistance
PO Box 28205
St. Louis, MO 63132



팩스

(314) 989-6734



이메일

financialaid@ssmhc.com

직접 제출

당당 의료시설의 금융 상담사에게 문의해주시십시오. 하기 주소를 참조해주시십시오.

위스콘신

St. Clare Hospital
707 14th St.
Baraboo, WI 53913
St. Mary's Hospital
700 S. Park St.
Madison, WI 53715
St. Mary's Hospital
3400 E. Racine St.
Janesville, WI 53546

일리노이

St. Mary's Hospital - Centralia
400 N. Pleasant Ave
Centralia, IL 62801
Good Samaritan Regional Medical Center - Mount Vernon
1 Good Samaritan Way
Mount Vernon, IL 62864

미주리

SSM Cardinal Glennon Children's Medical Center
145 S. Grand Blvd.
St. Louis, MO 63104
SSM DePaul Health Center
12303 DePaul Dr.
St. Louis, MO 63044
SSM St. Joseph Health Center
300 First Capitol Drive
St. Louis, MO 63301
SSM St. Joseph Health Center - Wentzville
500 Medical Drive
Wentzville, MO 63385
SSM St. Joseph Hospital West
100 Medical Plaza
Lake Saint Louis, MO 63367

미주리

SSM St. Mary's Health Center
6420 Clayton Rd.
Richmond Heights, MO 63117
SSM St. Joseph Health Center
1015 Bowles Ave.
Fenton, MO 63026
SSM Health St. Mary's Hospital - Jefferson City
2505 Mission Dr.
Jefferson City, MO 65109
SSM Health St. Mary's Hospital - Audrain
620 E. Monroe
Mexico, MO 65265
St. Francis Hospital and Health Services
2016 South Main Street
Maryville, MO 64468

오클라호마

Bone & Joint St. Anthony Hospital
1111 N. Dewey Ave.
Oklahoma City, OK 73103
St. Anthony Hospital
1000 N. Lee
Oklahoma City, OK 73102
St. Anthony Shawnee Hospital
1102 W. Macarthur St.
Shawnee, OK 74804