

환자 이름(성, 이름, 중간 이니셜)

사회 보장 번호

환자 주소

시

주

우편번호

결혼 상태: 기혼 독신 사별
 별거 이혼

생년월일(월/일/년)

전화번호

배우자 성명

재직 중 예 아니요

재직 중 예 아니요

환자의
직장

배우자의 직장

전화번호

전화번호

가구 내 미지급 잔액이 있는 다른 Baylor Scott & White Health 계정(환자 이름, DOB 및 시설 이름을 기재하십시오).

****실업자인 경우 전 고용주의 이름과 전화번호를 기재하십시오****

A. 소득: 가구 내 각 인원에 대해 소득을 기재해 주십시오.

환자 정규직 임시직 - 시간/주 = _____
\$ _____ 시간 주 격주 월 년

\$ _____ 추가 소득

배우자 정규직 임시직 - 시간/주 = _____
\$ _____ 시간 주 격주 월 년

\$ _____ 추가 소득

총 가구 소득 \$ _____

환자가 미성년자일 경우에만 작성하십시오(아니면 공란으로 둘 것)

환자 부친 정규직 임시직 - 시간/주 = _____
\$ _____ 시간 주 격주 월 년

\$ _____ 추가 소득

환자 모친 정규직 임시직 - 시간/주 = _____
\$ _____ 시간 주 격주 월 년

\$ _____ 추가 소득

총 가구 소득 \$ _____

B. 소득 확인: 모든 가구 소득원에 대한 확인서(사본만 보내고 원본은 보관할 것)를 제출하십시오(수락 가능 서류는 아래 참조). 첨부한 문서에 체크하십시오.

- 급여 지급서 고용주 확인서 신용 조회(BSWH 작성)
 IRS 양식 W-2 세금 신고서 정부 지원금(푸드 스탬프, CDIC, Medicaid, TANF)
 은행 거래 명세서 기타(아래 참조) 사회 보장, 근로자 수당 또는 실업 수당 증명서

상기에 열거된 소득원 증빙 문서를 제공할 수 없는 경우, 이러한 정보를 이용할 수 없는 사유를 설명하십시오.

C. 가족 구성원: 환자 가족의 총 인원 수를 기입하십시오.

(이 숫자에는 환자, 환자의 배우자 및 환자의 부양 가족만 포함되어야 함)

D. 자산 및 기타 자원:

본인이 이용할 수 있는 자산이나 기타 재원이 있습니까? 예 아니요 "예"인 경우, 현재 이용 가능한 금액: \$ _____
(예: 예금 계좌, 신탁, 주식, 채권, 은퇴 계좌, 뮤추얼 펀드 등)

의료보험이 있습니까? 예 아니요 '예'인 경우, 제공자 이름: _____

건강 저축 계좌(Health Savings Account)나 유동성 지출 계좌(Flexible Spending Account)가 있습니까? 예 아니요 "예"인 경우, 현재 이용 가능한 금액: \$ _____

본인은 Baylor Scott & White Health(이하 "BSWH")가 본 신청서에 대한 BSWH의 평가와 관련하여 본 재정 지원 신청서(이하 "신청서")에 포함된 재무 정보를 확인할 수 있음을 이해하며 본인의 서명으로 본인의 고용주 또는 여기에 기재된 개인이 누구든 본 신청서에 제공된 정보와 관련하여 추가 세부 사항을 승인하거나 제공하는 데 동의합니다. 또한 BSWH가 신용 보고 기관 및 사회 보장국으로부터 보고서를 요청하는 데 동의합니다. 본인은 본 신청서의 내용이 본인의 지식과 신념에 부합하며 진실하고 정확하며 성실하게 작성되었음을 보증합니다. 본인은 본 신청서에 대한 정보 위조 또는 허위 진술로 인해 재정 지원이 거부될 수 있음을 알고 있습니다.

본인은 일부 의사와 의료기관은 BSWH의 직원이 아닐 수도 있음을 잘 알고 있습니다. 본인은 해당 제공업체로부터 별도의 청구서를 수령할 수 있음을 이해하며 본 재정 지원 신청서는 해당 잔액에 적용되지 않습니다.

환자 또는 책임 당사자의 서명

이름(인쇄체)

일자

For Hospital Use Only

Application information obtained by BSWH Employee in person or over the phone, no patient signature required.

Electronic Signature of BSWH Employee or BSWH Representative

Date

Notes Regarding Income Verification/Number in the Household:

Patient is part of community care program

Program Name _____

환자/보증인 님. 안녕하십니까?

지역 사회에 봉사하겠다는 약속의 일환으로 Baylor Scott & White Health 는 특정 소득 요건을 충족하는 개인에게 재정 지원을 제공합니다. 귀하의 협조로 귀하의 요청을 처리할 수 있는 정보가 제공됩니다. 재정 지원을 받을 자격이 되는지 확인하려면 다음 서류가 필요합니다.

□ **소득 증명**

환자 및 배우자(해당될 경우) 또는 환자의 부모(미성년자인 경우)의 소득 확인이 필요합니다. 우선 순위에 따라 열거된 다음 중에서 하나 이상의 사본을 제출하십시오. IRS 양식 W-2, 급여 및 세금 내역서, 급여 지급서, 개인 세금 신고서, 정부 지원 프로그램에 대한 참여 증명서(예: 푸드 스탬프, CDIC, Medicaid 또는 TANF), 고용주의 고용 및 소득 확인이 된 서한, 사회 보장 증명서, 근로자 수당, 실업 보상 결정 서한, 또는 은행 거래 명세서. 상기 열거된 소득 증빙 자료 중 하나를 제공할 수 없으면 신청서에 해당 정보를 사용할 수 없는 이유를 기술하십시오.

□ **미지급 의료 청구서**

미결제된 모든 Baylor Scott & White 의료비 청구서 사본입니다. 고려 대상 의료 청구서에는 진료 청구서, 방사선 청구서, 기타 시설 이용 청구서, 마취과 청구서 등이 포함됩니다. 비 BSWH 제공자로부터 발급된 기타 의료비 청구서는 동일 서비스 날짜에 대한 간병에 관련이 있는 한 고려 대상이 될 수 있습니다.

□ **작성된 재정 지원 신청서**

재정 지원 고려 대상으로서의 자격을 얻으려면 작성된 재정 지원 신청서가 필요합니다. 해당 양식이 빠짐없이 작성되었는지 확인하십시오(다음과 같은 "섹션 C: 가족 구성원" 포함).

- 환자가 미성년자인 경우: 환자, 환자 부모, 환자 부모의 부양 가족을 포함시킵니다.
- 환자가 성인인 경우: 환자, 환자의 배우자(해당될 경우) 및 부양 가족을 포함시킵니다.

의사는 병원 직원이 아닙니다. 귀하가 필요로 하는 서비스를 제공하는 의사로부터 별도의 청구서가 발송됩니다. 청구서에 관한 질문이나 지불 약정을 원하시면 해당 의사 사무실에 연락하십시오.

이것은 귀하께만 적용되는 고지입니다. 위에서 설명한 정보를 제출하셔야 합니다. 그렇지 않으면 해당 계좌로 재정 지원을 받을 수 없으며 납부 부담을 떠안아야 합니다. 요청하신 재정 지원 정보 또는 지원금을 받지 못하면 수급 기관과의 조정을 위해 해당 계정을 평가하거나 이미 해당 계정을 수급 기관에서 보유하고 있다면 해당 수급 기관에서 그대로 유지됩니다. 여기에는 이 부채를 신용조사 기관에 보고하는 것이 포함될 수 있습니다. 빠른 조치로 해당 신용 등급이 보호됩니다.

궁금한 사항은 월요일부터 금요일 오전 8시부터 오후 5시까지 고객 서비스 센터 1-800-725-0024 번으로 문의하십시오.

작성하신 재정 지원 신청서와 필요한 증빙 서류는 다음 주소로 보내주십시오.

Baylor Scott & White Health
Attn: Financial Assistance
2001 Bryan Street Suite 2600
Dallas, TX 75201

이 문제에 대한 귀하의 즉각적인 관심에 감사드립니다. 상기 서류를 제출해도 재정 지원이 반드시 승인되는 것은 아닙니다.

감사합니다.

Baylor Scott & White Health
Financial Assistance