

## 재정 지원 신청서

Central Texas Rehabilitation Hospital 를 선택해 주셔서 감사 드립니다. Central Texas Rehabilitation Hospital 사람들의 건강을 돌보고 증진시키며 빈곤 및 취약 계층에 보다 세심한 관심과 노력을 기울이고자 하는 사명을 가진 천주교 보건의료기관입니다. 이러한 사명에 맞게, 저희 기관은 의료 비용을 감당할 수 없는 환자들에게 재정적 지원을 제공하고 있습니다.

의료 서비스 비용을 지불하는 데 도움이 필요하실 경우 재정 지원을 신청하실 수 있습니다. Central Texas Rehabilitation Hospital 에서 여러분의 신청서를 토대로 여러분 본인이나 다른 가족 구성원이 Medicaid와 같은 국가 혜택, 지역사회 지원, 또는 재정적 지원을 받을 수 있는지의 여부를 검토합니다.

재정 지원은 여러분에게 필수적인 의료 서비스를 위해 제공되지만 범위가 제한적이며, 이와 별개로 환자 개개인의 합리적인 재정 계획, 건강 보험 커버리지, 기타 지원 가능한 공공 기금을 대체하기 위한 것이 아닙니다.

### 신청서 작성 안내사항:

첨부된 재정 지원 신청서를 작성하여 아래에 명시된 필요 서류와 함께 제출하십시오. **공백란이 없도록 모두 작성해 주시기 바랍니다!** 모든 정보가 제공되지 않을 경우 서류 심사가 진행될 수 없습니다.

신청서는 텍사스 주 보건안전법(Texas Health and Safety Code) 311조 및 건강보험 개혁법(Affordable Care Act) 501-R 조에 의해 규정된 지침에 의거 평가됩니다. 연방빈곤지표(Federal Poverty Guidelines) 및 신청자 본인과 가족 구성원의 수입에 대한 모든 정보를 바탕으로 적격 여부가 평가됩니다. 일부의 경우, 신청자의 재원, 자산, 수입, 비면제 재산이 평가 항목으로서 함께 고려됩니다.

따라서, 신청서와 관련된 다음의 서류들을 함께 제출해 주시기 바랍니다. 가족 구성원 전원의 수입 증빙 서류를 제출하셔야만 신청서 검토가 진행될 수 있습니다. 해당 서류가 없을 경우 항목 옆에 '해당 없음'을 기입해 주시기 바랍니다. 제출하신 모든 정보는 증명이 가능해야 합니다.

### 다음의 해당되는 모든 서류를 제출하십시오.

\_\_\_\_\_ 소득이 있는 가족 구성원 개개인의 최신 소득세 신고 자료 [전년도 소득 신고는 **4월 15일**까지 수락됩니다.]

예: 2015년 소득 신고는 2017년 4월 15일까지 수락됩니다.

\_\_\_\_\_ 수표장 부분 쪽지: 소득이 있는 가족 구성원 개개인의 최근 3개월 급여 내역

\_\_\_\_\_ 신청서에 명시된 급여액을 증명하기 위한 회사 용지에 출력된 고용주의 확인서

\_\_\_\_\_ 실업/무직 증명서

\_\_\_\_\_ 사회보장국(Social Security Office) 확인서 또는 사회보장(Social Security) 수표 사본

\_\_\_\_\_ 모든 유형의 수입에 대한 서류(양육비, 이혼 수당, 퇴직 연금, 신탁 기금 등)

\_\_\_\_\_ 국비 무료 프로그램 또는 제3자 지급원 확인서(MAP, Medicaid, Motor Vehicle Accident Liability Determination 등)

\_\_\_\_\_ 국비 보조 프로그램 확인서(푸드 스탬프, WIC, 정부보조 임대주택(Subsidized Housing) 등)

(뒷면에서 계속)

- \_\_\_\_\_ 가족, 친구 등의 부양 확인서
- \_\_\_\_\_ 공식 학력 성적 증명서
- \_\_\_\_\_ 거주지 증명(최근 3개월 내의 공과금 명세서, 은행잔고 증명서, 신용카드 사용 내역서 등)

본 재정 지원 신청서에 명시된 국비 보조 프로그램 중 하나에 이미 가입되어 있으실 경우, 가입 증명서 또는 국비 보조 프로그램 관련 지급 확인서 외에 다른 기타 수입 증빙 서류는 제출하실 필요 없습니다.

신청서 작성에 관해 문의사항이 있으시거나 도움이 필요하실 경우, 아래의 번호로 연락 주시기 바랍니다.

<b>Central Texas Rehabilitation Hospital</b>
시내전화: (512) 407-2111
무료 장거리 전화: <b>1-888-813-0756</b>

본 서류를 작성 완료된 재정 지원 신청서와 함께 아래의 주소로 보내주시시오.

<b>Central Texas Rehabilitation Hospital Services Attn: Financial Assistance 7333 N. Freeway Suite 500 Houston, TX 77076</b>
--

모든 정보가 제출되면 신청서에 대한 검토가 진행되며, 검토 결과 통보서는 서류에 명시된 보증인의 주소로 송부됩니다. 통보 후 신청자의 재정 지원 자격은 30일 간 유지됩니다. 초기 신청일로부터 30일이 경과되면 기타 추가적인 지원을 위해 재신청이 요구됩니다. 마찬가지로, 소급적인 재정 지원을 신청하실 경우 신청자의 자격 여부는 미결제 잔금에 적용됩니다.

## 재정 지원 신청서

Seton 계좌 번호: \_\_\_\_\_ 계좌 잔고: \_\_\_\_\_ MRN(s): \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

환자 성명: \_\_\_\_\_  
 사회 보장 번호 \_\_\_\_\_ 생년월일: \_\_\_\_\_ 혼인 여부: \_\_\_\_\_  
 보증인: \_\_\_\_\_ 보증인의 사회 보장 번호: \_\_\_\_\_  
 주소: \_\_\_\_\_ 전화번호: \_\_\_\_\_  
 시: \_\_\_\_\_ 카운티: \_\_\_\_\_ 주: \_\_\_\_\_ 우편번호: \_\_\_\_\_

### 소득 정보

부양자 수: \_\_\_\_\_ 소득이 있는 구성원 수: \_\_\_\_\_ 월 총 임금: \$ \_\_\_\_\_  
 월 실업 수당: \$ \_\_\_\_\_ 월 육아 수당: \$ \_\_\_\_\_ 월 이혼 수당: \$ \_\_\_\_\_  
 신탁 기금 수령액: \$ \_\_\_\_\_ 월 SSI 수익: \$ \_\_\_\_\_ 기타 월 수입: \$ \_\_\_\_\_  
**총 월 소득 \$ \_\_\_\_\_**

\*명시된 각 유형의 수입에 대한 증빙 서류가 함께 제출되어야 합니다.\*

### 국비 보조

\*모든 신청 항목에 체크 표시 하십시오.\*

푸드 스탬프    WIC(여성, 유아, 아동)    정부보조 임대주택  
MAP    CCHC    텍사스 주 Medicaid/CHIP    Medicaid(텍사스 주 외): \_\_\_\_\_  
County Indigent Care Program(카운티 이름): \_\_\_\_\_  
Seton Care Plus(SCP)    Music Seton Care Plus(MSCP)

\*체크 표시된 모든 보조 항목에 대한 증빙 서류가 함께 제출되어야 합니다.\*

### 자산 정보란

\*모든 해당 가치를 기입하십시오.\*

<input type="checkbox"/> 주식	가치\$ _____	<input type="checkbox"/> 채권	가치\$ _____
<input type="checkbox"/> IRA	가치\$ _____	<input type="checkbox"/> 제 2 주거지	가치\$ _____
<input type="checkbox"/> 보트	가치\$ _____	<input type="checkbox"/> 수집용 차량	가치\$ _____
<input type="checkbox"/> RV	가치\$ _____	<input type="checkbox"/> 비 필수적 차량	가치\$ _____
		<input type="checkbox"/> 기타 고가의 물품	가치\$ _____

**총 자산 가치 \$ \_\_\_\_\_**

**보증:** 본인은 위에 기입한 정보가 모두 사실이며 틀림이 없음을 보증합니다. 본인은 위에 기입한 정보가 무상 의료 관련 보고 용도로 사용될 수 있음에 대해 이해합니다.

환자/보증인 서명: \_\_\_\_\_ 일시: \_\_\_\_\_

작성자: \_\_\_\_\_ 일시: \_\_\_\_\_