



자선 치료/재정 지원 신청서 - 기밀(비공개)

모든 정보를 꼼꼼히 기입해 주십시오. 해당되지 않는 경우 "NA"라고 쓰십시오.

심사 정보			
환자가 Medicaid/Medi-Cal을 신청했습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요			
환자가 TANF, CalFresh 또는 WIC 등의 주 공공 서비스를 받고 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요			
환자는 현재 노숙자입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요			
환자의 의료 치료가 차량 사고와 관련이 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요			
참고 사항			
<ul style="list-style-type: none"> • 신청하더라도 재정 지원을 받을 수 있다고 보장할 수 없습니다. • 신청서를 보내면 추가 정보 또는 소득 증명을 요청할 수 있습니다. • 작성된 양식과 서류를 접수한 후 30일 이내에 지원 가능 여부와 지원 수준을 서신으로 알려드립니다. 			
환자 및 신청자 정보			
환자 이름	환자 중간 이름	환자 성	
환자 성별 여성 <input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> 기타(선택 사항) <input type="checkbox"/>	생년월일	환자 사회 보장 번호 (선택 사항)	
서비스 날짜	계정 번호		
청구서를 지불해야 하는 사람	환자와의 관계	생년 월일	주요 연락처
집 또는 우편 주소	선호 연락 수단: 전화 <input type="checkbox"/> 이메일 <input type="checkbox"/> 우편 <input type="checkbox"/>	이메일 주소	
청구서를 지불해야 하는 사람의 고용 상태 <input type="checkbox"/> 재직자(고용 날짜): _____ <input type="checkbox"/> 실업자(기간): _____ <input type="checkbox"/> 자영업자 <input type="checkbox"/> 학생 <input type="checkbox"/> 장애인 <input type="checkbox"/> 퇴직자 <input type="checkbox"/> 기타(기타인 경우 설명해 주십시오): _____ _____			

가족 정보

귀하를 포함하여 가족 구성원을 나열하십시오. "가족"은 출생, 결혼 또는 입양으로 맺어진 동거하는 모든 사람을 의미합니다.

총 가족 수 _____

가구에 거주하는 각 가족 구성원의 이름	연령:	청구서를 지불해야 하는 사람의 피부양자(정답에 원을 그리십시오)	18세 이상인 경우 총 소득
		예 아니요	
		예 아니요	
		예 아니요	
		예 아니요	
		예 아니요	
		예 아니요	

가구내 성인의 총 소득

청구서를 지불해야 하는 사람의 총 피부양자	성인 가족 구성원의 총 소득	모든 성인 가족 구성원의 소득을 공개해야 합니다. 소득원에는 임금, 실업, 자영업, 자녀 양육비 등이 포함되나 이에 국한되지는 않습니다.
	\$	

가구내 성인의 총 소득

주의: 신청서와 함께 소득 증빙 자료를 제출해야 합니다.

귀하의 재정 지원을 결정하려면 소득 증빙 자료가 필요합니다.

18세 이상의 모든 가족 구성원은 각자의 소득을 알려주셔야 합니다. 증빙 자료를 제출할 수 없는 경우 소득 진술서를 작성하고 서명하여 당사에 제출하셔도 됩니다.

소득 증빙 자료의 예에는 다음이 포함되나 이에 국한되지는

- "W-2" 원천징수 명세서
 - 현재 급여 명세서(최소 3개월)
 - 작년 소득세 신고서(해당되는 경우 예정서 포함)
 - 고용주 또는 타인의 서면 서명 진술서
 - Medicaid 및/또는 주정부 지원 의료 지원에 대한 자격 승인/거부 서신
 - 실업 수당 수혜 자격에 대한 승인/거부 서신
- 소득 증명이 없거나 소득이 없는 경우 사유가 적힌 페이지를 첨부하십시오.

지출 정보

이 정보를 사용하여 귀하의 재정 상황을 전체적으로 파악합니다.

월별 가구 지출:

임대료/담보 대출:\$	의료비:\$
보험료:\$	공과금:\$
기타 부채/지출:\$	(양육비, 대출금, 약, 기타)

기타 정보

현재 재정 상황에 대해 알고 싶은 추가 정보가 있는 경우 다른 페이지를 첨부해 주십시오. 이는 재정적 어려움, 과도한 의료비, 계절별 또는 일시적 수입 감소, 개인적 손실 등일 수 있습니다.

환자 동의서

본인은 위의 정보가 본인이 아는 한 사실이며 정확함을 확인합니다. 본인은 제공한 재정 정보가 허위인 경우 재정 지원을 받지 못할 수 있음을 이해합니다. 또한 본인이 받는 서비스에 대한 비용을 지불해야 할 수도 있습니다.

신청인 서명

날짜

질문이 있는 경우 (800) 404-6627로 전화하십시오.

Children's Hospital Los Angeles 직원은 재정 지원 신청서 작성을 도와드릴 수 없습니다. 그러나 로스앤젤레스 건강 소비자 센터에서 신청에 대한 도움을 받을 수 있습니다. 13327 Van Nuys Boulevard, Pacoima, California, 91331에 방문하거나 (800) 896-3203으로 전화할 수 있습니다.

작성한 양식을 우편을 통해 다음 주소로 보내십시오.

Patient Business Services, Mailstop 26
Children's Hospital Los Angeles
4650 Sunset Boulevard
Los Angeles, California 90027

또는

작성한 신청서를 이메일을 통해 다음 주소로 보내십시오.

PBSHospitalBillingCustomerService@chla.usc.edu