



FINANCIAL ASSISTANCE

종교적 신념을 가진 비영리 의료원으로서 **Hoag**의 사명은 지역 사회에 최상의 의료 서비스를 제공하는 것입니다. 본원의 재정 지원 정책은 당 의료원이나 의료원 기반 시설에서 치료를 원하는 환자들에 대한 약속을 반영합니다. 환자에게 의료 서비스를 보장하는 재정 지원 기회를 제공하는 것은 본원의 강령을 이행하는 데 필수 요소입니다.

본 서신에는 **Hoag Financial Assistance Program**(재정 지원 프로그램)의 적격성을 판단하는 신청서가 동봉되어 있습니다. 재정 상황이 **Hoag Financial Assistance** 정책에 명시된 자격 기준을 충족하는 경우, 진료비 잔액의 총액 또는 일부를 면제받으실 수 있습니다.

신청인의 자격 기준을 처리하고 판단하기 위해 본 신청서 외에 다음 사항이 필요합니다.

- 동봉된 신청서의 전체 내역 작성
- **Financial Assistance** 신청서에 서명 및 날짜를 기재해야 합니다. 환자/보증인 및/또는 배우자가 정보를 제공하는 경우, 양측 모두 신청서에 서명해야 합니다.
- 가장 최근의 임대료 수표 취소본, 임대 계약서 또는 담보대출금 지불 증서 사본
- 가구 소득과 관련이 있는 지난 2회분의 급여 명세서 또는 소득 임금에 대한 **W2** 사본
- 가장 최근의 2가지 연속 은행 거래 명세서 사본(당좌/저축 계좌 모두)
 - 모든 페이지가 포함되도록 하십시오.
- 장애, 사회 보장 지불금 내역서, 보조금 수혜 대상을 안내하는 실업 고지문, 퇴직금, 연금, 연금 보험 및 예금을 반영한 은행 명세서 사본
- 수입원 또는 소득 증빙 서류가 없는 경우 본인과 가족의 부양 방법을 설명하는 서명이 된 서신을 제출하십시오.
- 숙식비 및/또는 소득을 증명하는 가족 또는 지인의 서명이 된 서면 진술서
- **Internal Revenue Service(IRS, 국세청)**에 제출된 모든 해당 명세서 및 첨부 서류를 포함하여 가장 최근의 **1040** 세금 신고서 사본
- 가장 최근의 **1040** 세금 신고서를 이용할 수 없는 경우 다음 중 하나가 필요합니다.
 - 사회 보장 지원금 서신
 - **IRS**의 비신고 증명(사본을 얻으시려면 **800-829-1040**번으로 문의)
 - 연방 세금 신고서를 제출하지 않았거나 세금 지불 기간 연장을 요청한 이유를 설명하는 서명이 된 서신
- 질문에 대한 답변으로 여백이 더 필요한 경우 추가 페이지를 첨부하십시오.

이전 납세 실적을 통한 소득이 현재의 상황을 적절히 반영하지 못할 수도 있음을 알고 있습니다. 그러한 경우 현재의 재정 상황을 설명하는 간단한 내용을 첨부하십시오.

15일 이내에 필요한 모든 서류와 함께 Financial Assistance 신청서를 작성하여 제출하셔야 합니다. Financial Assistance 신청서를 다음 주소로 제출해 주십시오.

- 보안 팩스: 949-764-7031
- 우편: Patient Financial Services
500 Superior Ave, Suite 250
Newport Beach, CA 92663-3657

본원에서 신청서를 심사하고 나면, 접수 후 30일 이내에 서면으로 결정 사항을 통보해 드립니다. 계정에 대해 논의하고 싶으시거나 궁금한 사항이 있으시면 949-764-8400번으로 문의하십시오. 본원의 운영 시간은 월요일 - 금요일 오전 8:30 - 오후 4:30입니다.

FINANCIAL ASSISTANCE 신청서

이름	생년월일	배우자/파트너	생년월일
주소	시		주 우편번호
현 주소지 거주 기간 __ 임대 __ 소유 __년 __개월	카운티	혼인 상태 __기혼 __미혼 __이혼 __미망인	
휴대폰 번호	직장 전화번호	주택 전화번호	배우자 휴대폰 번호 배우자 직장 전화번호
부양 가족을 포함해 가구에 함께 거주하는 모든 사람들을 기입하십시오(필요한 경우 추가 페이지 첨부)			
성	이름	중간 이름	생년월일
신청자와의 관계			
1			
2			
3			
4			
본인		배우자	
사회보장번호		사회보장번호	
고용주/회사		고용주/회사	
사업장 주소		사업장 주소	
직업		직업	
고용 기간: __년 __개월 __주당 근무 시간		고용 기간: __년 __개월 __주당 근무 시간	

소득: 세금 전 모든 소득원의 총 현금 수입 반영.

본인 월 총소득

배우자 월 총소득

총소득		총소득	
사회보장/SSI/SSDI		사회보장/SSI/SSDI	
공공 지원		공공 지원	
임대 자산 소득		임대 자산 소득	
퇴직금/연금		퇴직금/연금	
산재 보상		산재 보상	
실업		실업	
자녀 양육		자녀 양육	
기타		기타	
총		총	

월 총 소득 합산:

당좌		보유 현금		퇴직 연금	
저축		신탁 계좌		주택자산	
주식/채권		신용 조합		기타	
집세/임대료		자동차 보험		생명 보험	의료 보험
재산세		전화번호/휴대폰 번호		식비	상하수도
손해 보험		차량 할부금		보육비	의료비
주유비		차량 할부금		자녀양육비	기타/구체적으로 명시:
전기					총

각 임금 근로자의 경우 2회분의 급여 명세서, Social Security(SS, 사회보장), Supplemental Security Income(SSl, 생활보조금), Social Security Disability(SSDI, 사회 보장 장애 보험), 공공 지원, 임대 소득, 퇴직금, 연금, 재향군인보조금, 실업, 산재 보상, 자녀 양육비, 위자료 또는 기타)

____ 소득 증빙

____ 모든 해당 명세서 및 첨부 서류를 포함하여 가장 최근의 1040 세금 신고서 사본

____ 모든 페이지가 나온 2가지의 은행 거래 명세서(당좌/저축) 사본.

____ 가장 최근의 임대료 수표 취소본, 임대 계약서 또는 담보대출금 지불 증서 사본

____ 숙식비 및/또는 소득을 증명하는 가족 또는 지인의 서면 진술서

권리 양도

아래에 서명함으로써 본인은 위증죄로 처벌될 수 있다는 전제 하에 본 Financial Assistance 신청서에 기재된 정보 및 진술과 본인이 제출한 모든 서류가 사실이며 틀림이 없음을 증명합니다. 이로써 귀원에 Financial Assistance 심사를 위해 본 신청서를 평가할 권한을 부여합니다.

본인은 Hoag Hospital에서 추가 정보를 합리적으로 요청할 수 있으며 확인이 필요함을 이해합니다.

본인이 제공한 정보와 진술을 Hoag Hospital에서 기밀로 유지할 것임을 이해합니다.

본인은 신청서를 작성하면 Hoag에서 본인의 상황을 검토할 것임을 이해합니다.

본인은 Hoag는 재정 지원이 보장된다는 어떠한 약속도 하지 않음을 이해합니다.

본인/우리(은)는 이로써 상기 정보를 증명하며, 본인/우리(과)와 관련한 신용 정보를 취득할 수 있도록 귀원에 임의의 권한을 부여합니다.

서명

날짜

서명

날짜