

재정 지원을 위한 기밀 신청서

Loyola Medicine 시설 및 의사가 제공하는 병원 및 전문 서비스



**LOYOLA
MEDICINE**

귀하의 의료 서비스 제공자로 Loyola Medicine 을(를) 선택해 주셔서 감사합니다. 동봉된 신청서를 작성하여 아래 주소로 보내주시면 재정 지원 평가를 완료할 수 있습니다.

신청이나 신청 상태에 관해 질문이 있는 경우 월요일~금요일 오전 8시~오후 5시(CST) 사이에 708-216-5014 옵션 #5번으로 고객 서비스 센터에 문의하세요.
감사합니다.

팩스 #: 708-216-5359 이메일 주소: LOY-FinancialAssist@lumc.edu

혜택 옹호자를 직접 만나거나 신청서를 접수하고 싶으시면 다음을 방문하십시오:

Loyola University Medical Center 2160 South 1st Ave Suite/Room 1911 Maywood, IL 60153	Gottlieb Memorial Hospital 701 W. North Ave Door 4 Entrance Melrose Park, IL 60171	MacNeal Hospital 3249 S Oak Park Avenue Berwyn, IL 60402 1st Floor
--	---	---

재정 지원을 위한 기밀 신청서

Loyola Medicine 시설 및 의사가 제공하는 병원 및 전문 서비스

<p>필수 검증 사항</p> <p><input type="checkbox"/> 최근 한 달간 총 소득 증빙</p> <p><input type="checkbox"/> 최근 두 달간 모든 은행 계좌 전체 명세서, 전체 페이지 포함 (정기 예금에 대한 설명)</p> <p><input type="checkbox"/> 최근 세금 신고서(스케줄 C, E 또는 F 가 포함된 1040 양식) 또는 석 달간 손익 계산서 (자영업자/부양가족)</p> <p><u>해당되는 경우, 다음을 제공해 주십시오</u></p> <p><input type="checkbox"/> 분기별 손익에 대한 최근</p> <p><input type="checkbox"/> 실업 수당/거부 서신</p> <p><input type="checkbox"/> 자녀 양육비 소득/위자료</p> <p><input type="checkbox"/> 소득 없음 - 신청서의 Letter of Financial Support(재정 지원서) 부분 작성</p>			
환자 정보			
환자 이름		생년월일	
사회 보장/EIN 번호(선택)	휴대전화 번호	기타 전화번호	
우편 주소	도시	주	우편번호
이메일 주소	어느 주에 거주하고 계신가요?		
결혼 여부 <input type="checkbox"/> 미혼 <input type="checkbox"/> 기혼 <input type="checkbox"/> 이혼 <input type="checkbox"/> 기타 _____			
연방세 신고서를 제출하시겠습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 아니오로 답한 경우, 이유가 무엇입니까?		타인의 세금 신고서에 부양가족으로 청구할 수 있습니까 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오	
서비스 당시 귀하 또는 귀하의 부양가족이 건강 보험에 가입되어 있었습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 (보험증 사본을 제출하십시오)			
귀하는 미국 영주권자입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 답변하지 않겠습니다			
최근 세금 신고서를 기준으로, 본인을 포함한 가구 구성원	생년월일	환자와의 관계	세금 신고 시 청구(예/아니오)

재정 지원을 위한 기밀 신청서

Loyola Medicine 시설 및 의사가 제공하는 병원 및 전문 서비스

모든 가구 구성원의 소득 확인					
월 소득원	수령인은 누구입니까?	총 월 소득(세 전)	월 소득원	수령인은 누구입니까?	총 월 소득(세 전)
임금[근로자 보상[
사회 보장/장애인			실업수당		
연금			자녀 양육비/위자료		
자영업			토지 임대 소득		
공적 지원금			기타		
재정 지원서 - 지원을 제공하는 사람만 작성하세요					
<input type="checkbox"/> 나는 환자 생활비의 50% 이상을 지원하지만, 의료비는 도와줄 수 없습니다.					
<input type="checkbox"/> 나는 이 서신에 서명함으로써, 위의 진술이 정확하며 환자의 청구서에 대해 어떠한 책임도 지지 않을 것임을 확인합니다. 질문이 있는 경우, _____번(전화번호)으로 저에게 문의해 주십시오.					
지원을 제공하는 사람의 이름				환자와의 관계	
지원을 제공하는 사람의 서명				날짜	

소득 및 신원 확인

나는 이 신청서에 기재된 모든 정보가 내가 아는 한 사실이며 완전함을 증명합니다. 나는 제공된 정보가 검증될 수 있음을 이해합니다. 위 정보가 허위로 제공된 경우, 나는 Trinity Health 계열사에서 제공하는 모든 서비스에 대해 상환 책임을 지겠습니다

환자 서명 : _____ 날짜 : _____

또는 법적 보호자 서명(해당하는 경우): _____ 날짜 : _____

환자와의 관계 : _____ 날짜 : _____

신청서를 우편으로 보내주세요, 708-216-5359로 팩스를 보내거나 LOY-FinancialAssist@LUMC.EDU로 이메일을 보내십시오. 질문이 있는 경우 고객 서비스 센터(708-216-5014)로 문의하십시오. 옵션 #5 월요일~금요일 오전 8시~오후 5시. 중부 표준시

일리노이 주에서 의료 서비스를 받은 경우, 재정 지원 신청 절차 또는 무보험 할인에 대한 우려 또는 불만 사항은 일리노이 법무장관 보건국(Healthcare Bureau of the Illinois Attorney General) 1-877-305-5145 / <https://illinoisattorneygeneral.gov/consumers/hcform.pdf>에 신고할 수 있습니다.