

**Attachment B****첨부 B****Financial Assistance Application**

## 재정 지원 신청서

**FINANCIAL ASSISTANCE**

## 재정 지원 신청서

작성 완료한 신청서와 증빙 서류를 다음 주소로 제출해 주십시오.

Cedars-Sinai Medical Center  
Financial Assistance Processing Unit  
1801 W. Olympic Blvd.  
Pasadena, CA 91199-1688

운영시간: 오전 8 시~오후 5 시(주중)  
전화번호: 323-866-8600 파일 1688  
24 시간 이용 가능한 팩스: 323-866-3077  
이메일: Patient.Billing@cshs.org

## 재정 지원 필수 증빙 재정 문서

아래에 요청된 재정 문서를 제공해 주십시오. 누락되거나 첨부되지 않은 문서가 있는 경우 신청이 지연되거나 거부됩니다. 특정 문서를 제공할 수 없는 경우 사유서를 제출해 주십시오.

## 주요 문서:

- 소득 및 비임금 소득 증빙(위에서 설명한 대로)
  - 2개월 전의 고용주 수표 또는 급여명세서
  - 2개월 전의 실업, 사회보장 또는 장애 인증 진술서 등
- 연방세 환급
  - 연방세 신고서를 제출하지 않은 경우 가장 최근의 W2 또는 1099를 포함하십시오.
  - 세금 신고 지연, 일시적 장애 또는 실적으로 인해 세금 신고 정보를 제공할 수 없는 경우 비신고 세금 양식을 제공하십시오. 사본은 1-800-908-9946 번으로 전화하거나 [www.irs.gov/individuals/get-transcript](http://www.irs.gov/individuals/get-transcript) 를 방문해 얻을 수 있습니다(양식 4506-T 또는 4506T-EZ 사용).
- 모든 당좌예금, 저축예금 및 신용조합 계좌에 대한 2개월 이전의 은행 입출금 내역서(모든 페이지 포함)
- 임대료 또는 주택담보대출 인증

## 추가/기타 문서:

- 비임금 소득 증빙:
  - 위자료 소득 명세서
  - 사업 소득 명세서
  - 자녀 양육비 소득 명세서
- 결혼했거나 시민 결합(Civil Union)을 한 경우: 배우자/파트너에 관한 다음 해당 문서를 제공해 주십시오.
  - 소득 및 비임금 소득 증빙(위에서 설명한 대로)
  - 연방세 환급
    - 연방세 신고서를 제출하지 않은 경우 가장 최근의 W2 또는 1099 를 포함하십시오.
    - 세금 신고 지연, 일시적 장애 또는 실적으로 인해 세금 신고 정보를 제공할 수 없는 경우 비신고 세금 양식을 제공하십시오. 사본은 1-800-908-9946 번으로 전화하거나 [www.irs.gov/individuals/get-transcript](http://www.irs.gov/individuals/get-transcript) 를 방문해 얻을 수 있습니다(양식 4506-T 또는 4506T-EZ 사용).
  - 모든 당좌예금, 저축예금 및 신용조합 계좌에 대한 가장 최근 명세서(2개월 이전)

## 작성 완료한 신청서:

- 날짜와 서명을 기재하여 작성 완료한 신청서

**Attachment B (Continued)**

**첨부 B(계속)**

환자 정보			
환자 이름	사회보장번호	생년월일	
주택 주소	시	주	우편번호
주택 전화번호	휴대전화번호	이메일 주소	
선호하는 연락 수단 <input type="checkbox"/> 미국 우편 <input type="checkbox"/> 이메일 <input type="checkbox"/> 주택 전화 <input type="checkbox"/> 휴대전화		연간 가계 소득: \$	
혼인 상태: <input type="checkbox"/> 결혼 <input type="checkbox"/> 독신 <input type="checkbox"/> 별거 <input type="checkbox"/> 이혼 <input type="checkbox"/> 사별		가구 내 구성원 수(세금 신고서에 보고된 대로):	
고용 상태 <input type="checkbox"/> 고용 <input type="checkbox"/> 자영업 <input type="checkbox"/> 은퇴 <input type="checkbox"/> 장애 <input type="checkbox"/> 실업 - 마지막 근무일:			
고용주 이름		전화번호	
고용주 주소		시	주 우편번호

배우자/동거인/부모/보증인 정보			
관계 <input type="checkbox"/> 배우자 <input type="checkbox"/> 동거인 <input type="checkbox"/> 부모 <input type="checkbox"/> 보증인 <input type="checkbox"/> 기타:			
이름	사회보장번호	생년월일	
고용 상태 <input type="checkbox"/> 고용 <input type="checkbox"/> 자영업 <input type="checkbox"/> 은퇴 <input type="checkbox"/> 장애 <input type="checkbox"/> 실업 - 마지막 근무일:			
고용주 이름		전화번호	
고용주 주소		시	주 우편번호
의료보험명(COBRA를 포함하여 고용주가 제공) <input type="checkbox"/> 의료보험 미제공			

보험 보장			
1. 의료보험 보장을 받을 자격이 있습니까?			
<input type="checkbox"/> 의료보험	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요	
<input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요	
<input type="checkbox"/> Medi-Cal	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요	
<input type="checkbox"/> 재향군인협회	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요	
<input type="checkbox"/> 외국 보험	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요	
예인 경우, 다음 정보를 제공해 주십시오.			
보험 계약자	보험사	보험증서 번호	
보험 계약자	보험사	보험증서 번호	

**Attachment B (Continued)**
**첨부 B(계속)**

선별심사 질문			
<b>1. 제공된 치료가 다음과 관련이 있습니까?</b> <input type="checkbox"/> 사고 <input type="checkbox"/> 범죄 <input type="checkbox"/> 직장 상해 <input type="checkbox"/> 기타:			
<b>2. 변호사를 고용했거나 부상이나 질병에 대한 청구를 하고 있습니까?</b> a. 예인 경우 다음을 제공해 주십시오.  <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>_____</span> <span>_____</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>변호사 이름</span> <span>변호사 전화번호</span> </div>			
<b>3. 이미 Medi-Cal을 신청하셨습니까? (귀하가 신청하도록 본원이 요청할 수 있습니다)</b>  <input type="checkbox"/> 예 - 승인 대기 중 <input type="checkbox"/> 예 - 부적격 <input type="checkbox"/> 아니요  a. 아니요인 경우, 아래에 해당 사항을 모두 체크해 주십시오. <input type="checkbox"/> 19세 이하 <input type="checkbox"/> 65세 이상 <input type="checkbox"/> 맹인 <input type="checkbox"/> 당뇨병, 고혈압 또는 발작을 조절하기 위해 약 복용 중 <input type="checkbox"/> 사회보장국(Social Security Administration)의 결정에 따른 장애인 <input type="checkbox"/> 임산부 <input type="checkbox"/> 19세 미만의 자녀와 함께 거주			
비용 및 자산 정보			
현재 월 소득	환자	배우자	총계
총 급여	\$	\$	\$
자영업 순소득	\$	\$	\$
이자 및 배당금	\$	\$	\$
부동산 또는 임대 부동산	\$	\$	\$
사회보장/은퇴/장애	\$	\$	\$
위자료, 부양비 지원금	\$	\$	\$
기타	\$	\$	\$
<b>총 월 소득</b>	<b>\$</b>	<b>\$</b>	<b>\$</b>
필수 생계비	환자	배우자	총계
임대료 또는 주택담보대출	\$	\$	\$
부동산세	\$	\$	\$
공과금 및 전화	\$	\$	\$

**Attachment B (Continued)**  
**첨부 B(계속)**

재정 지원 신청서			
필수 생계비	환자	배우자	총계
위자료, 부양비 지원금	\$	\$	\$
자동차 대출/임대 지불	\$	\$	\$
교육	\$	\$	\$
학교/보육(미성년 부양자녀)	\$	\$	\$
식료품	\$	\$	\$
보험	\$	\$	\$
기타 비용	\$	\$	\$
총 월 비용	\$	\$	\$
현재 의료 부채	환자	배우자	총계
미지급 의료 부채(Cedars-Sinai)	\$	\$	\$
기타 의료 부채	\$	\$	\$
자산(은퇴 계정 제외)	환자	배우자	총계
당좌/저축/신용조합 계좌	\$	\$	\$
주식 및 채권	\$	\$	\$
단기금융시장/중개 계정	\$	\$	\$
예금 증서	\$	\$	\$
총 자산	\$	\$	\$

본인은 본인이 인지하고 있는 범위 내에서 본 신청서 상의 정보가 사실이고 정확함을 증명합니다. 본인은 병원 및 전문 청구서 비용을 경감하기 위해 본인이 자격 대상이 될 수 있는 모든 지역, 주 및 연방 지원을 신청하는 데 동의합니다. 본인은 제공한 정보를 Cedars-Sinai Medical Center 및/또는 Marina Del Rey Hospital에서 검증할 수 있음을 이해하며, 본 신청서에 제공한 정보의 정확성을 입증하기 위해 CSMC/MDRH가 제3자에게 연락할 수 있는 권한을 부여합니다. 본인은 고의로 잘못된 정보를 제공했거나 신청서에 중대한 오류 또는 누락이 있는 경우 더 이상 재정 지원을 받을 수 있는 대상이 아님을 이해합니다. 이전에 본인에게 재정 지원이 제공된 경우 해당 시점에서 취소될 수 있으며, 본인은 미지급 잔액에 대한 책임을 지게 됩니다.

재정 지원 신청자의 서명 \_\_\_\_\_  
배우자/동거인/보증인 서명(해당되는 경우) \_\_\_\_\_

날짜 \_\_\_\_\_  
날짜 \_\_\_\_\_