

<b>제목: Financial Assistance Policy(재정 지원 정책)</b>	
<b>발효일: 2013 년 12 월 13 일</b> <b>개정판 발효일: 2019 년 2 월 28 일</b>	<input checked="" type="checkbox"/> St. David's Georgetown Hospital <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Round Rock Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's North Austin Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Rehabilitation Hospital <input checked="" type="checkbox"/> St. David's South Austin Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> Heart Hospital of Austin <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Surgical Hospital
<b>승인: St. David's Healthcare Board of Governors</b>	<b>페이지: 1/9</b>

본 정책은 국세청 섹션 501(r)에 따라 요구되는 재정 지원 정책을 준수하기 위해 만들어졌습니다. 본 정책은 St. David's Healthcare Partnership(세인트 데이비즈 의료 파트너십, SDHP)이 응급 치료 및 필수 의료 치료에 대한 재정 지원을 받을 자격이 있는 환자를 식별하는 기본원칙을 정합니다.

SDHP 는 모든 환자가 본 정책에 대한 정보를 충분히 얻도록 보장하기 위해 다음 조치를 실행했습니다:

- Financial Assistance Policy(재정 지원 정책), 알기 쉬운 정책 요약 설명서, 그리고 재정 지원 신청서 및 작성 지침은 다음 SDHP 웹사이트에서 찾아보실 수 있습니다.  
<http://stdavids.com/patients-visitors/charity-discount-policy.dot>.
- 등록 시 환자에게는 보험 미가입자 할인 제공과 제공 가능한 기타 할인 옵션을 설명하는 문서(별첨 1)를 제공합니다.
- 재정 지원 신청서는 병원 시설에서 제공되며 우편으로도 제공됩니다.
- 입원 절차의 모든 지점에는 자선 활동과 지침에 대한 정보를 잘 보이도록 표시한 표지판이 있습니다.
- “병원비 안내(A Guide to Your Hospital Bill)”라는 제목의 환자용 문서를 환자에게 제공합니다. 이 문서는 청구 절차를 설명하며, Financial Assistance Policy(재정 지원 정책)에 대한 정보도 제공합니다.
- SDHP 병원 근처의 지역 비영리 단체에는 본 정책의 요약본을 제공합니다.

### 자선 치료 자격 취득 체계

**신청서.** 자선 치료를 받을 자격을 취득하려면 SDHP 재정 지원 신청서(별첨 2)를 작성해야 합니다. SDHP 는 재정 지원 신청서 작성 요건을 충족하지 못한 환자에게 재정 지원을 제공하기 위해 제 3 자 공급업체의 전자 검증(예: 신용 점수 방식)을 사용할 수 있습니다.

<b>제목: Financial Assistance Policy(재정 지원 정책)</b>	
<b>발효일: 2013 년 12 월 13 일</b> <b>개정판 발효일: 2019 년 2 월 28 일</b>	<input checked="" type="checkbox"/> St. David's Georgetown Hospital <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Round Rock Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's North Austin Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Rehabilitation Hospital <input checked="" type="checkbox"/> St. David's South Austin Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> Heart Hospital of Austin <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Surgical Hospital
<b>승인: St. David's Healthcare Board of Governors</b>	<b>페이지: 2/9</b>

재정 지원 신청서, Financial Assistance Policy(재정 지원 정책) 및 알기 쉬운 정책 요약 설명서는 다음 주소로 서면 요청 시 제공해 드립니다. (영어, 스페인어, 베트남어, 중국어 간체, 한국어 또는 아랍어 중 하나를 지정해 주십시오). 도움이 필요하면 다음 주소에 우편으로 또는 아래 전화 번호로 전화하여 환자 관리 서비스에 문의하시기 바랍니다:

***Patient Account Services***  
***6000 N.W. Parkway Ste. 124***  
***San Antonio, TX 78249***

Georgetown Hospital	<b>866-396-1025</b>
Georgetown Hospital	<b>866-291-3547</b>
North Austin Medical Center	<b>866-391-2015</b>
Round Rock Medical Center	<b>866-391-2017</b>
South Austin Medical Center	<b>866-391-2018</b>
St. David's Medical Center	<b>866-391-2021</b>
St David's Surgical Hospital	<b>855-890-3304</b>

신청서를 제출하면 주 법과 아래에 명시한 문서 요건에 따른 정보 수집을 허용하는 것입니다. 반복 병원 방문의 경우, SDHP 는 각 방문 시마다 환자나 책임자와 신청서 및 소득 정보 재검증을 시도할 것입니다. 그러나 12 개월이 지난 후에는 새 신청서와 새 증명 서류를 제공해야 합니다.

직계 가족 구성원 수 계산 재정 지원을 요청하는 환자는 자기 가구의 가족 구성원 수를 증명해야 합니다.

**성인.** 성인 환자의 가구 내 가족 구성원 수를 계산할 때에는 환자 본인, 배우자 및 모든 부양 가족을 포함해야 합니다.

**미성년자.** 미성년 환자의 가구 내 가족 구성원 수를 계산할 때에는 환자 본인, 모친, 모친의 부양 가족, 부친 및 부친의 부양 가족을 포함해야 합니다.

소득 계산. 모든 환자는 자신의 가계 연 소득 정보를 제공해야 합니다.

<b>제목: Financial Assistance Policy(재정 지원 정책)</b>	
<b>발효일: 2013년 12월 13일</b> <b>개정판 발효일: 2019년 2월 28일</b>	<input checked="" type="checkbox"/> St. David's Georgetown Hospital <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Round Rock Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's North Austin Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Rehabilitation Hospital <input checked="" type="checkbox"/> St. David's South Austin Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> Heart Hospital of Austin <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Surgical Hospital
<b>승인: St. David's Healthcare Board of Governors</b>	<b>페이지: 3/9</b>

**성인.** 성인의 경우, 본 정책에 따른 재정적 빈곤 또는 의료적 빈곤 분류상의 “연 소득”이란 환자와 배우자의 총 연 소득의 합을 말합니다.

**미성년자.** 환자가 미성년인 경우, “연 소득”이란 환자, 모친 및 부친의 총 연 소득의 합을 말합니다.

**소득 검증.** 환자 또는 그 책임자는 아래에 명시한 서류 요건에 따라 재정 지원 신청서에 보고된 소득을 검증해야 합니다.

**서류 요건.** 재정 지원 신청서에 보고된 소득은 다음 중 한 가지 방식을 통해 검증할 수 있습니다.

**소득 지표.** 다음을 포함하되 이에 국한되지 않는 제 3자 재정 서류를 제공하여 검증할 수 있습니다. IRS W-2 양식, 급여 및 세금 명세서, 급여 전신환, 개인 세금 명세서, 고용주의 전화를 통한 검증, 은행 입출금 내역, 사회 보장 지급 전신환, 실업 보험 지급 통지서, 실업 수당 결정 서신 또는 제 3자 공급업체(예: 신용 점수 평가 방식)의 전자 검증. 또한 본 병원에는 환자가 거주하는 우편 번호 지역의 경제 인구 통계를 고려합니다.

**Public Benefit Program(공익 프로그램) 참여.** Medicaid(메디케이드), County Indigent Health Program(카운티 빈곤층 건강 프로그램), AFDC, Food Stamps(식료품 구매권), WIC, Texas Healthy Kids(텍사스 아동 건강 보호 프로그램), Children's Health Insurance Program(아동 건강 보험 프로그램) 또는 기타 유사한 빈곤층 관련 프로그램과 같은 현재 공익 프로그램 참여를 증명하는 서류를 제공하여 검증할 수 있습니다. 위의 프로그램 중 하나에 참여를 증명하는 증거를 작성한 재정 지원 신청서와 함께 제출해야 합니다.

**검증 절차.** SDHP는 환자의 총 소득을 판단하는 데 있어서 환자 가족의 소득과 환자 가족의 지불 능력뿐만 아니라 환자의 기타 재정 자산과 부채도 고려할 수 있습니다. 환자가 나머지 청구 비용을 지불할 수 있는 능력이 있다고 판단되는 경우, 환자는 이러한 결정에도 불구하고 추가 서류를 제출하여 지불 능력 재평가를 진행하게 할 수 있습니다.

<b>제목: Financial Assistance Policy(재정 지원 정책)</b>	
발효일: 2013 년 12 월 13 일 개정판 발효일: 2019 년 2 월 28 일	<input checked="" type="checkbox"/> St. David's Georgetown Hospital <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Round Rock Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's North Austin Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Rehabilitation Hospital <input checked="" type="checkbox"/> St. David's South Austin Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> Heart Hospital of Austin <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Surgical Hospital
승인: St. David's Healthcare Board of Governors	페이지: 4/9

소득 검증에 따른 분류 SDHP 는 서비스 제공 전, 제공 중 또는 제공 후에 언제든지 재정 지원 요청을 고려할 수 있습니다. 검증 절차 중 SDHP 가 환자의 소득을 판단하는 데 필요한 정보를 수집하는 동안, 해당 환자는 SDHP 정책에 따라 요금 개인 부담 환자로 간주될 수 있습니다.

모순되거나 불완전한 정보 본 정책은 환자가 신청 절차 중 제공한 정보가 모순되거나 불완전한 것으로 보이는 경우 SDHP 가 환자의 지불 능력에 대한 추가 실사를 수행할 권한을 제한하지 않습니다. 예를 들어, 환자의 소득이 높은 경우 SDHP 는 환자의 자산이 적거나 없는 것으로 보고된 이유를 확인하기로 할 수 있습니다.

허위 정보 제공 허위 정보 제공 시 재정 지원 신청서가 거부될 수 있습니다. 환자에게 재정 지원이 허용된 후에 SDHP 가 재정 지원 신청서의 중요 제공 내용이 허위인 것을 발견하는 경우, 환자의 자선 치료 지위는 취소되며 재정 지원 또한 취소될 수 있습니다.

**재정적 빈곤 분류** 재정적 빈곤 상태란 보험이 부족하거나 보험에 가입하지 않은 사람이 자선 치료 자격 충족 시스템에 따라 제공되는 서비스 비용을 지불할 의무가 없거나 이를 할인된 가격으로 제공받을 수 있는 상태에서 치료를 받게 되는 것을 뜻합니다.

분류 재정적 빈곤 상태로 분류되려면 해당 환자의 연 소득은 반드시 미국 보건복지부가 연방 관보에 갱신해 발표하는 빈곤 기준선(“연방 빈곤 기준선”)의 200% 이하여야 합니다. 갱신된 연방 빈곤 기준선은 발표 후 익월 1일부터 적용됩니다.

**의료적 빈곤 분류** 의료적 빈곤 상태란 제 3 의 지불자가 비용을 충당하고 난 후에도 치료비나 병원비가 본인의 연 소득의 특정 비율을 초과하여 나머지 비용을 지불할 수 없는 환자를 뜻합니다.

초기 평가 의료적 빈곤 환자 분류로 간주되려면 제 3 의 제공자 모두가 비용을 충당하고 난 후에도 환자가 지불해야 하는 비용이 환자의 연 소득의 10%(십 퍼센트)를 초과해야 하며 환자가 나머지 비용을 지불할 수 없는 상태여야 합니다. 이 초기 평가 기준을 충족하지 못하는 경우, 해당 환자는 의료적 빈곤 상태로 분류될 수 없습니다.

<b>제목: Financial Assistance Policy(재정 지원 정책)</b>	
발효일: 2013 년 12 월 13 일 개정판 발효일: 2019 년 2 월 28 일	<input checked="" type="checkbox"/> St. David's Georgetown Hospital <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Round Rock Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's North Austin Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Rehabilitation Hospital <input checked="" type="checkbox"/> St. David's South Austin Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> Heart Hospital of Austin <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Surgical Hospital
승인: St. David's Healthcare Board of Governors	페이지: 5/9

수락 SDHP 는 의료적 빈곤 기준의 초기 평가 기준을 충족하고 다음 기준을 충족하는 환자를 수락할 수 있습니다.

(i) **연 소득이 연방 빈곤 기준선의 200%에서 500% 사이인 경우.** 환자의 소득이 연방 빈곤 기준선의 200%를 초과하고 500% 미만이어야 합니다. 이러한 경우 SDHP 는 미국 보건 복지부가 연방 관보에 매년 갱신해 발표하는 빈곤 기준선(“연방 빈곤 기준선”) 대비 환자의 연 소득을 기반으로 해당 환자에게 제공되는 재정 자선 지원의 양을 결정합니다. 이때 제공되는 할인의 범위는 40-90% 사이입니다. 보험 미가입자 할인은 자선 할인이 적용된 후 남은 잔액에 적용됩니다.

(ii) **재난적 의료 빈곤.** 청구 비용이 비정상적으로 큰 환자는 본인의 청구 잔액이 소득의 특정 비율을 초과할 때 재난적 의료 빈곤 자격을 충족할 수 있습니다. 이러한 경우 SDHP 는 잔액을 환자 소득 10-40% 사이의 합리적인 비율로 줄이기 위해 필요한 비용을 계산해 재정 지원의 양을 결정합니다. 이러한 계산 방식에 대한 자세한 내용은 아래 “승인 절차” 섹션을 참고하시기 바랍니다.

**승인 절차.** SDHP 는 별첨 1 “보험 미가입 환자 정보 서류”에 명시한 대로 모든 보험 미가입 환자와 협력해 환자의 메디케이드 또는 자선 지원 자격 충족을 결정합니다. 환자의 신청서를 검토하고 처리한 후 환자에게 우편으로 재정 지원 자격 충족을 통지합니다. 신청서 승인을 검토할 때 Shared Service Center(공유 서비스 센터, SCC) 관리부는 자격 충족을 결정하기 위해 합리적인 노력을 다했다는 결정을 포함하여 자격 충족에 대한 결정을 내립니다. 또한 해당 관리자는 환자의 지불 능력을 판단하기 위해 환자 자산과 같은 확보된 정보를 추가로 조사하거나 환자의 정부 또는 기타 자금 지원 자격 충족을 추가로 조사할 수 있습니다.

환자가 자선 지원을 받을 자격이 없거나 환자가 자선 지원이 적용된 후 잔액의 일부를 지불해야 할 책임이 있는 경우, 환자 계정에는 보험 미가입자 할인이나 기타 적용 가능한 할인이 적용됩니다.

# StDavid's HEALTHCARE

<b>제목: Financial Assistance Policy(재정 지원 정책)</b>	
<b>발효일: 2013 년 12 월 13 일</b> <b>개정판 발효일: 2019 년 2 월 28 일</b>	<input checked="" type="checkbox"/> St. David's Georgetown Hospital <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Round Rock Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's North Austin Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Rehabilitation Hospital <input checked="" type="checkbox"/> St. David's South Austin Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> Heart Hospital of Austin <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Surgical Hospital
<b>승인: St. David's Healthcare Board of Governors</b>	<b>페이지: 6/9</b>

이때 환자가 지불해야 하는 금액은 국세청 규정에 명시된 소급 대조 방식을 통해 결정하므로 보험 가입 환자에게 일반적으로 청구되는 비용을 초과하지 않을 것입니다. 환자는 다음 주소로 서면 요청을 제출해 이 계산 방식에 대한 정보를 요청할 수 있습니다.

***Patient Account Services***  
***6000 N.W. Parkway Ste. 124***  
***San Antonio, TX 78249***

참고로 청구서 날짜로부터 120 일 이내에 재정 지원 신청서를 제출하지 않은 경우, 병원 시설(또는 기타 허가된 당사자)이 청구서 비용을 취득하기 위해 귀하에 대한 특정 조치를 취할 수 있음을 참고하시기 바랍니다. 이때 취할 수 있는 조치는 신용 보고 기관이나 신용 조사 기관에 귀하가 병원에 지불해야 하는 채무에 대한 부정적 정보를 보고하는 것 그리고/또는 귀하가 병원 시설에 지불해야 하는 비용에 대한 판결을 받기 위한 민사 소송 제기를 포함하되 이에 국한되지 않습니다.

### 권리유보

SDHP 는 자유 재량에 따라 재정 지원을 제한하거나 거부할 권리가 있습니다.

### 보험이 보장하지 않는 서비스

SDHP 병원에서 응급 또는 기타 필수 의료 서비스를 제공할 수 있는 제공자 목록을 본 문서의 별첨 3 으로 첨부하였으며 이는 본 문서에 완전히 포함됩니다. 별첨 3 은 본 재정 지원 정책의 적용대상인 제공자와 적용대상이 아닌 제공자를 명시합니다. 응급 치료나 기타 필수 의료 치료가 아닌 선택 시술이나 기타 치료 제공자는 재정 지원 정책의 적용대상이 아닙니다. 별첨 3 은 매달 갱신됩니다.

대중 누구나 다음 주소로 별첨 3 을 서면 요청할 수 있습니다.

Patient Accounting Services, 6000 N.W. Parkway Ste. 124, San Antonio, TX 78249.

또는 재정 지원 정책에 나열된 시설 전화번호로 전화하여 요청할 수도 있습니다. 또한 다음 웹사이트에서 별첨 3 사본을 다운로드할 수도 있습니다.

<http://stdavids.com/patients-visitors/charity-discount-policy.dot>.



<b>제목: Financial Assistance Policy(재정 지원 정책)</b>	
<b>발효일: 2013 년 12 월 13 일</b> <b>개정판 발효일: 2019 년 2 월 28 일</b>	<input checked="" type="checkbox"/> St. David's Georgetown Hospital <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Round Rock Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's North Austin Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Rehabilitation Hospital <input checked="" type="checkbox"/> St. David's South Austin Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> Heart Hospital of Austin <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Surgical Hospital
<b>승인: St. David's Healthcare Board of Governors</b>	<b>페이지: 7/9</b>

**별첨 1**

환자 성명 : \_\_\_\_\_ 계정 번호 : \_\_\_\_\_

**보험 미가입 환자 정보 서류**

본 문서는 보험 미가입 환자가 본인의 건강관리에 있어서 재정적인 측면을 이해하도록 돕고자 작성되었습니다. 이러한 서비스에 대해 청구될 수 있는 자동차, 제3자 책임 또는 기타 보상 보험에서 보장을 받는 환자는 보험 미가입자 할인을 받을 수 있는 자격이 없습니다.

또한 본 문서는 여러분의 본인 계정 확인을 돕기 위해 여러 옵션을 제공합니다. HCA는 보험 미가입 환자를 돕기 위한 노력의 일환으로 여러분의 계정에 할인을 적용하고 남은 계정 잔액을 해결하기 위해 여러분과 협력할 것입니다.

다음 정보는 보험 미가입 계정의 처리 방법과 사용 가능한 할인 옵션에 대한 개요입니다. 선택적 미용 또는 고정액 시술을 받으신 경우 해당 할인은 적용되지 않습니다. HCA는 그 외의 모든 보험 미가입 청구에 할인을 적용합니다. 계정에 청구된 할인 후 잔액은 서비스 제공 시에 전액 지불되어야 합니다.

계정에는 제공된 서비스에 대한 총 청구 비용이 적용됩니다

총 청구 비용에 보험 미가입 할인이 적용되며 그만큼 계정 잔액이 감소합니다. 잔액에 할인을 적용한 후에도 비용을 지불할 수 없는 경우 여러분과 협력해 월별 할부 결제를 하도록 조치할 것입니다.

월별 할부 결제를 감당할 수 없는 경우에는 Medicaid(메디케이드) 지원 신청을 도와드립니다.

Medicaid(메디케이드)를 획득하시면 저희가 Medicaid(메디케이드)에 비용을 청구하며, 여러분은 보험이 보장하지 않는 비용만 지불하시면 됩니다.

Medicaid(메디케이드) 가입 자격이 없는 경우 재정 지원 신청서를 작성하고 필요한 증명 서류를 제공하면 해당 병원 방문에 대한 자선 할인 가능성을 검토받으실 수 있습니다

연방 빈곤 기준선에 따른 자선 할인을 받을 자격이 있는 경우, 여러분의 계정 잔액은 완전히 지불 완료된 것으로 간주됩니다. 연방 빈곤 기준선을 충족하지 않는 경우에는 즉시 청구 비용을 해결할 준비를 하셔야 합니다.

HCA는 승인된 자선 계정에 대해 100% 할인을 제공합니다. 모든 다른 보험 미가입 계정은 일부 할인을 받을 수 있습니다.

환자/책임자 서명 \_\_\_\_\_ 날짜 \_\_\_\_\_  
 증인 서명 \_\_\_\_\_ 날짜 \_\_\_\_\_

SSD.FT.COLL.627 보험 미가입 환자 정보 문서  
 보험 미가입 환자 정보 문서

생년월일 :  
 St. David's Medical Center

## 제목: Financial Assistance Policy(재정 지원 정책)

<b>발효일: 2013 년 12 월 13 일</b> <b>개정판 발효일: 2019 년 2 월 28 일</b>	<input checked="" type="checkbox"/> St. David's Georgetown Hospital <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Round Rock Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's North Austin Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Rehabilitation Hospital <input checked="" type="checkbox"/> St. David's South Austin Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> Heart Hospital of Austin <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Surgical Hospital
<b>승인: St. David's Healthcare Board of Governors</b>	<b>페이지: 8/9</b>

별첨 2      1 / 2

### St. David's Healthcare Partnership(세인트 데이비즈 의료 파트너십) 재정 지원 신청서

환자 정명 \_\_\_\_\_ 환자 계정 번호 \_\_\_\_\_

전화번호 \_\_\_\_\_ 사회 보장 번호 \_\_\_\_\_ 생년월일(월/일/년) \_\_\_\_\_

- 직장이 있음  
 실직 상태임

고용주(성명\*, 주소 및 전화번호)

배우자 정명 \_\_\_\_\_ 사회 보장 번호 \_\_\_\_\_ 생년월일(월/일/년) \_\_\_\_\_

환자의 부친(환자가 미성년인 경우) \_\_\_\_\_ 사회 보장 번호 \_\_\_\_\_ 생년월일(월/일/년) \_\_\_\_\_

환자의 모친(환자가 미성년인 경우) \_\_\_\_\_ 사회 보장 번호 \_\_\_\_\_ 생년월일(월/일/년) \_\_\_\_\_

**A. 수입:** 본인의 가구 내 다음 각 구성원의 수입을 기재해 주시기 바랍니다.

환자	\$ _____	<b>하이에 동그라미.</b> 시급/주급/월급/연봉	환자의 부친 (환자가 미성년인 경우)	\$ _____	<b>하이에 동그라미.</b> 시급/주급/월급/연봉
배우자	\$ _____	시급/주급/월급/연봉	환자의 모친 (환자가 미성년인 경우)	\$ _____	시급/주급/월급/연봉

**B. 기타 자원:** 저축 예금 계좌, 당좌 예금 계좌, 주식, 채권 등을 포함하여 사용 가능한 기타 자산의 총 금액을 기재하십시오. \$ \_\_\_\_\_  
 이러한 기타 자산에서 오는 연 소득의 금액을 기재하십시오. 이자 소득, 배당금, 임대 소득 등 포함. \$ \_\_\_\_\_

**C. 가족 구성원:** 환자의 가구 내 구성원 수를 기재하십시오.

**D 소득 검증:** 본인의 소득을 증명하기 위한 다음 유형의 서류 중 하나를 제공하십시오.

- IRS W-2 양식
- 고용주 증명
- 급여 송금 내역
- 식품 구입권과 같은 정부 지원 프로그램 참여 증명 서류. CDIC,
- 개인 소득 신고서
- Medicaid(메디케이드) 또는 AFDC
- 입출금 내역
- 사회 보장 또는 기타 실업 수당 자격 결정 서신

위에 나열된 소득 출처 증명 서류 중 하나를 제공할 수 없는 경우, 해당 정보를 제공할 수 없는 이유를 설명하십시오 : \_\_\_\_\_

나는 St. David's Healthcare Partnership(세인트 데이비즈 의료 파트너십, SDHP)이 본 재정 지원 신청서("신청서") 내의 재정 정보를 검증할 수 있음을 이해합니다. 나는 SDHP 의 본 신청서 평가와 여기에 기재한 나의 서명에 따라 나의 고용주가 본 신청서에 제공된 정보를 증명할 수 있도록 허가합니다. 나는 또한 SDHP 가 신용 평가 기관과 사회 보장 관리부에 보고서를 요청할 수 있도록 허가합니다. 나는 내가 알고 있는 한 본 정보가 진실임을 증명하며, 본 신청서 내에 허위 정보를 기재할 경우 재정 지원 거부 사유가 될 수 있음을 알고 있습니다.

나는 제공되는 모든 재정 지원이 나의 지불 능력 부족에 따른 것이며, 새로운 소득 자원이 생기는 경우 SDHP 가 언제든지 제공된 재정 지원 전체 또는 일부를 취소할 수 있음을 이해합니다

\_\_\_\_\_ 날짜 \_\_\_\_\_

환자 또는 책임자 서명

\_\_\_\_\_ 날짜 \_\_\_\_\_

SDHP 직원이 재정 지원 신청서 일부를 작성한 경우, SDHP 직원 서명



<b>제목: Financial Assistance Policy(재정 지원 정책)</b>	
<b>발효일: 2013 년 12 월 13 일</b> <b>개정판 발효일: 2019 년 2 월 28 일</b>	<input checked="" type="checkbox"/> St. David's Georgetown Hospital <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Round Rock Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's North Austin Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Rehabilitation Hospital <input checked="" type="checkbox"/> St. David's South Austin Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> Heart Hospital of Austin <input checked="" type="checkbox"/> St. David's Surgical Hospital
<b>승인: St. David's Healthcare Board of Governors</b>	<b>페이지: 9/9</b>

**별첨 2 - 2/2**

**St. David's Healthcare Partnership(세인트 데이비즈 의료 파트너십)**은 세인트 데이비즈의 의료 시스템의 자선 목적의 일부를 충족하고 지역 사회에 봉사하기 위한 헌신의 일부로 특정 소득 요건을 충족하는 이들에게 재정 지원을 제공하는 것을 선택하고 있습니다.

특정 개인이 재정 지원을 받을 자격이 있는지 판단하기 위해서는 본 신청서에 요약한 특정 재정 정보를 획득해야 합니다. 여러분의 협력은 저희가 여러분의 재정 지원 요청을 충분히 고려하도록 하는 데 도움이 될 수 있습니다. 본 재정 지원 신청서를 작성하고 작성한 양식을 신청 담당자에게 되돌려 주시거나 다음 우편 주소로 보내 주시기 바랍니다.

Patient Account Services  
6000 N.W.Parkway Ste.124  
San Antonio.Tx.78249

**섹션 A: 수입**  
 재정 지원 신청서의 섹션 A에는 각 나열된 개인이 수당으로 받는 비용을 달러로 기재하고 해당 비용이 시급인지, 주급인지, 월급인지, 연봉인지를 표시하시기 바랍니다.

**섹션 B: 기타 자원**  
 재정 지원 신청서 섹션 B의 첫 번째 빈칸에는 당좌 예금 계좌, 저축 예금 계좌, 주식 등에 투자한 금액을 달러로 기재하시기 바랍니다. 두 번째 빈칸에는 이러한 투자로 얻는 연간 소득을 달러로 기재하시기 바랍니다. 예를 들어, 첫 번째 빈칸에는 저축 예금 계좌에 \$5,000이 있음을 기재하고 두 번째 빈칸에는 해당 계좌의 이자로 연 \$250을 받음을 기재할 수 있습니다.

**섹션 C: 가족 구성원**  
 재정 지원 신청서의 섹션 C는 환자 가구 내의 구성원 수 정보를 요청합니다. 이 수는 환자, 환자 배우자 및 환자의 부양 가족을 포함해야 합니다. 환자가 미성년인 경우 환자 본인, 환자 모친 및/또는 부친 및/또는 법적 대리인, 그리고 환자 모친 및/또는 부친 및/또는 법적 대리인의 주거 부양 가족을 포함해 주십시오.

**섹션 D: 소득 검증**  
 여러분의 재정 지원 요청을 고려하려면 재정 지원 신청서 섹션 A에 보고된 수입의 증명이 필요합니다. IRS W-2 양식(급여 및 세금 명세서), 급여 전신환, 세금 환급, 개인 소득 신고서, 은행 입출금 내역 또는 기타 올바른 소득 지표, 또는 사회 보장, 실업 수당, Medicaid(메디케어), 카운티 빈곤 의료 프로그램, AFDC, 실업 보험, 식품 구입권, WIC, Texas Healthy Kids(텍사스 아동 건강 프로그램), Children's Health Insurance Program(아동 건강 보험 프로그램) 또는 기타 유사한 빈곤 관련 프로그램의 사본을 제공하시기 바랍니다.  
 또한 고용주가 서면으로 증명서를 제공하게 하거나 SDHP 담당자에게 전화 연락하도록 함으로써 소득을 증명하실 수도 있습니다.  
 위에 나열된 소득 출처 증명 서류 중 하나를 제공할 수 없는 경우, 재정 지원 신청서 섹션에 직접 그에 대한 설명을 기재하시기 바랍니다.

**의사 서비스**  
 서비스를 제공하는 의사는 St. David's Healthcare Partnership(세인트 데이비즈 의료 파트너십)의 직원이 아닙니다. 여러분은 본인의 개인 의사와 서비스를 제공한 각 의사로부터 개별적인 청구서를 받으시게 됩니다. 이러한 청구서에 대한 질문이 있거나 의사 서비스에 대한 결제 방식을 마련하고자 하시는 경우, 개별적인 의사 진료소에 연락하시기 바랍니다.