

제목: 재정지원정책	
시행일: 2013년 12월 13일 개정 시행일: 2017년 11월 28일	<input checked="" type="checkbox"/> 세인트 데이비드 조지타운 병원 <input checked="" type="checkbox"/> 세인트 데이비드 라운드 락 메디컬 센터 <input checked="" type="checkbox"/> 세인트 데이비드 노스 오스틴 메디컬 센터 <input checked="" type="checkbox"/> 세인트 데이비드 메디컬 센터 <input checked="" type="checkbox"/> 세인트 데이비드 재활 병원 <input checked="" type="checkbox"/> 세인트 데이비드 사우스 오스틴 메디컬 센터 <input checked="" type="checkbox"/> 오스틴 심장 병원 <input checked="" type="checkbox"/> 세인트 데이비드 외과 병원
승인권자: 세인트 데이비드 의료 위원회 총재	PAGE: 1 / 9

이 정책은 St. David's Healthcare Partnership (SDHP)가 응급 및 필수 의료 서비스와 관련하여 재정 지원을 받을 수 있는 환자를 식별함에 따라 해당 체계를 설정합니다.

이 정책을 모든 환자에게 적절하게 통보하기 위해, SDHP는 다음을 수행하고 있습니다.

- 재정지원정책, 정책에 대한 일반적인 요약본, 재정 지원 신청서 및 지침에 대한 정보는 영어, 스페인어, 베트남어, 중국어 간체, 한국어 및 아랍어로 작성된 SDHP 웹사이트 <http://stdavids.com/patients-visitors/charity-discount-policy.dot> 에서 사용하거나 작성할 수 있습니다.
- 등록 시, 환자는 무보험 할인의 가용성뿐만 아니라 다른 할인 옵션을 설명하는 문서를 제공받게 됩니다(별첨 1).
- 재정지원신청은 기관에 직접 또는 우편으로 신청할 수 있습니다.
- 자선 사명과 지침에 대해 선명하게 표시하는 표지판을 모든 출입구에 설치.
- "병원비 지불에 대한 안내"라는 환자 책자가 환자에게 제공됩니다. 이 책자는 지불 과정을 설명하고, 또한 재정지원정책에 대한 정보를 제공합니다.
- 이 정책의 요약본이 SDHP 병원 근처에 있는 지역 비영리 단체에 제공됩니다.

자선 의료 자격 시스템

신청. 자선 의료에 대한 자격을 검토하기 위해, SDHP 재정지원신청서를 작성해야 합니다(별첨 2).

제목: 재정지원정책	
시행일: 2013년 12월 13일 개정 시행일: 2017년 11월 28일	<input checked="" type="checkbox"/> 세인트 데이비드 조지타운 병원 <input checked="" type="checkbox"/> 세인트 데이비드 라운드 락 메디컬 센터 <input checked="" type="checkbox"/> 세인트 데이비드 노스 오스틴 메디컬 센터 <input checked="" type="checkbox"/> 세인트 데이비드 메디컬 센터 <input checked="" type="checkbox"/> 세인트 데이비드 재활 병원 <input checked="" type="checkbox"/> 세인트 데이비드 사우스 오스틴 메디컬 센터 <input checked="" type="checkbox"/> 오스틴 심장 병원 <input checked="" type="checkbox"/> 세인트 데이비드 외과 병원
승인권자: 세인트 데이비드 의료 위원회 총재	PAGE: 2 / 9

재정지원신청서, 재정지원정책, 재정지원정책에 대한 일반적인 요약본은 다음 주소로 서면 요청 시 제공됩니다(영어, 스페인어, 베트남어, 중국어 간체, 한국어 또는 아랍어를 명시하시기 바랍니다). 도움이 필요한 경우, 다음 주소의 환자 의료비 회계 서비스에 문의하시거나 하기 번호를 전화로 연락하시기 바랍니다.

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

조지타운 병원(Georgetown Hospital)	866-396-1025
오스틴 심장 병원(Heart Hospital of Austin)	866-291-3547
노스 오스틴 메디컬 센터(North Austin Medical Center)	866-391-2015
라운드 락 메디컬 센터(Round Rock Medical Center)	866-391-2017
사우스 오스틴 병원(South Austin Hospital)	866-391-2018
세인트 데이비드 메디컬 센터(St. David's Medical Center)	866-391-2021
세인트 데이비드 외과 병원(St David's Surgical Hospital)	855-890-3304

주 법률에 따라 신청서와 함께 정보, 소득 내역, 하기에 명기하는 서류를 수집할 수 있습니다. 병원에 재방문하는 경우, SDHP는 각 방문에 대해 환자 또는 책임자와 해당 신청서 및 소득 정보를 재확인할 것이며, 12개월이 지난 경우 새로운 신청서 및 새로운 보조 서류를 제출해야 합니다.

직계 가족 구성원의 수 환자는 본인 가구에 있는 가족 구성원의 수를 확인해야 합니다.

성인. 성인 환자의 가구에 있는 가족 구성원의 수를 계산할 때, 환자, 환자의 배우자 및 피부양자를 포함합니다.

미성년자. 미성년 환자의 가구에 있는 가족 구성원의 수를 계산할 때, 환자, 환자의 모친, 모친의 피부양자, 환자의 부친, 부친의 피부양자를 포함합니다.

제목: 재정지원정책	
시행일: 2013년 12월 13일 개정 시행일: 2017년 11월 28일	<input checked="" type="checkbox"/> 세인트 데이비드 조지타운 병원 <input checked="" type="checkbox"/> 세인트 데이비드 라운드 락 메디컬 센터 <input checked="" type="checkbox"/> 세인트 데이비드 노스 오스틴 메디컬 센터 <input checked="" type="checkbox"/> 세인트 데이비드 메디컬 센터 <input checked="" type="checkbox"/> 세인트 데이비드 재활 병원 <input checked="" type="checkbox"/> 세인트 데이비드 사우스 오스틴 메디컬 센터 <input checked="" type="checkbox"/> 오스틴 심장 병원 <input checked="" type="checkbox"/> 세인트 데이비드 외과 병원
승인권자: 세인트 데이비드 의료 위원회 총재	PAGE: 3 / 9

소득 계산. 환자는 가구의 연간 소득을 제공해야 합니다.

성인. 성인의 경우, 본 정책에 따른 재정적 빈곤 또는 의료적 빈곤으로 분류하기 위한 “연간 소득”이란 환자 및 환자의 배우자가 벌어들인 총 연간 소득을 의미합니다.

미성년자. 미성년 환자의 경우, “연간 소득”이란 환자의 모친 및 환자의 부친이 벌어들인 총 연간 소득을 의미합니다.

소득 확인. 환자 또는 책임자는 하기에 명기된 서류 요건에 따라 재정지원신청서에 보고된 소득을 확인해야 합니다.

서류 요건. 재정지원신청서에 보고된 소득은 다음 절차를 통해 검증되어야 합니다.

소득 지표. IRS 서식 W-2, 급여 및 세금 증명서, 급여 송금증, 개별 세금 환급서, 고용주에 의한 전화 확인, 사회 보장 지불 송금증, 실직 보험 지불 통지서, 또는 실업 급여 결정 통지서 등을 포함하는 제 3자 재정 문서를 제공. 또한, 병원은 환자가 거주하는 주소의 경제적 인구통계를 고려합니다.

공공 혜택 프로그램에 대한 참여 메디케이드, 카운티 빈곤 건강 프로그램, AFDC, 푸드 스탬프, WIC, 텍사스 아동 건강, 아동 건강 보험 프로그램, 또는 기타 빈곤과 관련된 프로그램 등 공공 혜택 프로그램에 현재 참여하고 있음을 보여주는 증빙을 제공. 상기 프로그램 중 하나에 참여하는 증빙과 재정지원신청서의 작성이 필요합니다.

확인 절차. 환자의 총 소득을 결정하기 위해, SDHP는 환자의 기타 금융 자산 및 채무와 더불어 환자 가족의 소득 및 환자 가족의 지불 능력을 고려할 수 있습니다. 환자가 청구서의 나머지 금액을 지불할 능력이 있다고 판단될 경우, 이러한 판단이 추가 서류를 제시받은 후 환자의 지불 능력을 재평가할 가능성을 배제하지 않습니다.

제목: 재정지원정책	
시행일: 2013년 12월 13일 개정 시행일: 2017년 11월 28일	<input checked="" type="checkbox"/> 세인트 데이비드 조지타운 병원 <input checked="" type="checkbox"/> 세인트 데이비드 라운드 락 메디컬 센터 <input checked="" type="checkbox"/> 세인트 데이비드 노스 오스틴 메디컬 센터 <input checked="" type="checkbox"/> 세인트 데이비드 메디컬 센터 <input checked="" type="checkbox"/> 세인트 데이비드 재활 병원 <input checked="" type="checkbox"/> 세인트 데이비드 사우스 오스틴 메디컬 센터 <input checked="" type="checkbox"/> 오스틴 심장 병원 <input checked="" type="checkbox"/> 세인트 데이비드 외과 병원
승인권자: 세인트 데이비드 의료 위원회 총재	PAGE: 4 / 9

계류 중인 소득 증명의 분류. SDHP 는 의료 서비스를 제공하기 전, 도중에 또는 이후에 언제든지 재정 지원을 위한 요청을 고려할 수 있습니다. 검증 과정 중, SDHP 는 환자의 소득을 판단하는 데 필요한 정보를 수집할 것이며, 환자는 SDHP 정책에 따라 개인 지불 환자로 취급될 수 있습니다.

불일치 또는 불완전 정보. 이 정책은 환자가 제공한 정보가 신청 과정에서 불일치하거나 불완전한 것으로 나타나는 경우 환자의 지불 능력과 관련한 추가 실사를 수행할 수 있는 SDHP 의 능력을 어떠한 방식으로든 제한할 수 없습니다. 예를 들어, 환자의 소득이 높은 경우 SDHP 는 자산이 거의 없거나 없는 것으로 보고한 이유를 질문할 수 있습니다.

정보 위조. 정보의 위조로 재정지원신청서가 거부당할 수 있습니다. 환자가 재정 지원의 승인을 받은 후, SDHP 가 재정지원신청서에 있는 자료가 사실을 아님을 발견한 경우, 자선 의료 상태가 취소되고 재정 지원이 철회될 수 있습니다.

재정적 빈곤으로 분류. 재정적 빈곤이란 자선 의료 자격 시스템을 기반으로 제공된 서비스에 대해 지불 의무가 없거나 미미한 의무만 부과된 의료 서비스를 받을 수 있는, 무보험 또는 일부 보험에 가입한 개인을 의미합니다.

분류. 미국 보건 복지국의 연방법에 매년 갱신되는 빈곤 기준("연방 빈곤 기준") 대비 200% 이거나 그 이하의 연간 소득 가진 환자만이 재정적 빈곤으로 분류될 수 있습니다. 갱신된 연방 빈곤 기준은 공표 후 다음 달 1일부터 적용됩니다.

의료적 빈곤으로 분류 의료적 빈곤이란 환자의 연간 소득에 대한 특정 비율을 초과한 의료비 또는 병원비를 청구 받았으며, 제 3 자가 의료비를 지불하였으나 나머지 비용을 지불할 수 없는 환자를 의미합니다.

초기 평가. 의료적 빈곤 환자로 분류받기 위해, 제 3 자에 의한 의료비 지불 후 환자가 지불해야 하는 의료비가 환자의 연간 소득 대비 10%를 초과해야 하며, 환자가 나머지 금액을 지불한 능력이 없어야 합니다. 환자가 이러한 초기 평가 기준을 충족하지 않으면, 환자는 의료적 빈곤으로 분류되지 않습니다.

제목: 재정지원정책	
시행일: 2013년 12월 13일 개정 시행일: 2017년 11월 28일	<input checked="" type="checkbox"/> 세인트 데이비드 조지타운 병원 <input checked="" type="checkbox"/> 세인트 데이비드 라운드 락 메디컬 센터 <input checked="" type="checkbox"/> 세인트 데이비드 노스 오스틴 메디컬 센터 <input checked="" type="checkbox"/> 세인트 데이비드 메디컬 센터 <input checked="" type="checkbox"/> 세인트 데이비드 재활 병원 <input checked="" type="checkbox"/> 세인트 데이비드 사우스 오스틴 메디컬 센터 <input checked="" type="checkbox"/> 오스틴 심장 병원 <input checked="" type="checkbox"/> 세인트 데이비드 외과 병원
승인권자: 세인트 데이비드 의료 위원회 총재	PAGE: 5 / 9

승인. SDHP 는 의료적 빈곤에 대한 초기 평가 기준을 충족하고 하기에 명기된 기준을 충족하는 환자에 대해 자격을 승인합니다.

연방 빈곤 기준 대비 연간 소득이 200%에서 500%. 환자의 소득이 연방 빈곤 기준 대비 200% 이상이거나 500% 이하여야 합니다. 이 경우, SDHP 는 미국 보건 복지부에 의해 매년 연방 법률로 갱신하는 빈곤 기준("연방 빈곤 기준") 대비 환자의 연간 소득을 기준으로 환자만이 재정적 빈곤으로 분류될 수 있습니다. 할인 범위는 40~90%까지 입니다. 무보험 할인은 자선 할인을 적용한 후 나머지 잔액에 대해 적용합니다.

승인 절차. SDHP 는 별첨 1 에 명기된 "무보험 환자 정보 서류"에 기술된 바와 같이 메디케이드 또는 자선 지원에 대한 자격을 판단하기 위해 모든 환자와 협업합니다. 신청서가 검토되고 처리되면 환자는 재정 지원에 대한 자격 관련 우편 통지문을 받게 됩니다. 신청서 승인을 검토하면서, 공유 서비스 센터(Shared Service Center, SSC) 관리자가 자격을 결정하기 위한 합당한 노력을 수행했는지 판단하는 등 자격을 결정합니다. 해당 관리자는 환자의 지불 능력을 판단하기 위해 환자의 자산 등 필요한 정보에 대해 추가 질문을 할 수 있으며, 정부 또는 기타 자금을 대한 환자의 자격 관련 질문을 할 수도 있습니다.

환자가 자선 지원금에 대한 자격이 없거나, 환자가 자원 지원금을 적용한 후 차액의 일부에 대해 책임이 있는 경우, 무보험 할인이 해당 의료비에 대해 적용됩니다. 청구 금액은 국세청 규정에 기술된 소급 방법을 사용하여 결정된 바와 같이 보험에 가입된 환자에게 청구하는 금액을 일반적으로 초과하지 않습니다. 다음 주소로 청구 금액의 계산 내역을 요청할 수 있습니다.

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

청구서 일자 120 일 이내에 재정지원신청서를 제출하지 않으면 병원(또는 기타 담당 기관)은 신용보고기관 또는 신용평가기관에 병원에 지고 있는 채무에 대한 부정적인 정보를보고하거나, 병원 채무 금액에 대해 판결을 받기 위해 민사 소송을 제기하는 등 청구 금액을 받기 위해 특정한 조치를 취할 수 있음을 명심하십시오.

제목: 재정지원정책	
시행일: 2013년 12월 13일 개정 시행일: 2017년 11월 28일	<input checked="" type="checkbox"/> 세인트 데이비드 조지타운 병원 <input checked="" type="checkbox"/> 세인트 데이비드 라운드 락 메디컬 센터 <input checked="" type="checkbox"/> 세인트 데이비드 노스 오스틴 메디컬 센터 <input checked="" type="checkbox"/> 세인트 데이비드 메디컬 센터 <input checked="" type="checkbox"/> 세인트 데이비드 재활 병원 <input checked="" type="checkbox"/> 세인트 데이비드 사우스 오스틴 메디컬 센터 <input checked="" type="checkbox"/> 오스틴 심장 병원 <input checked="" type="checkbox"/> 세인트 데이비드 외과 병원
승인권자: 세인트 데이비드 의료 위원회 총재	PAGE: 6/9

권리의 보유

SDHP는 단독 재량으로 재정 지원을 제한하거나 거부할 권리를 보유합니다.

비보장서비스

첨부된 별첨 3에는 SDHP 병원들 중 긴급하거나 의료적으로 꼭 필요한 서비스를 제공하는 전체 의료기관 목록이 순서대로 정리되어 있습니다. 별첨 3에서는 재정지원정책이 적용되는 병원과 그렇지 않은 병원을 구분해 놓았습니다. 선택적 시술을 제공하거나, 긴급하지도, 의료적으로 꼭 필요하지도 않은 치료를 제공하는 기관에는 재정지원정책이 적용되지 않습니다. 별첨 3은 매달 갱신됩니다.

별첨 3을 받아 보시려면 다음 주소로 요청서를 작성해 보내 주시기 바랍니다.

Patient Accounting Services, 6000 N.W. Parkway, Ste. 124, San Antonio, TX 78249. 또한, 재정지원정책의 해당 기관 전화번호로 연락하셔도 됩니다. 환자들께서는 다음 웹사이트에서 별첨 3을 다운받으실 수도 있습니다. <http://stdavids.com/patients-visitors/charity-discount-policy.dot>.

제목: 재정지원정책	
시행일: 2013년 12월 13일 개정 시행일: 2017년 11월 28일	<input checked="" type="checkbox"/> 세인트 데이비드 조지타운 병원 <input checked="" type="checkbox"/> 세인트 데이비드 라운드 락 메디컬 센터 <input checked="" type="checkbox"/> 세인트 데이비드 노스 오스틴 메디컬 센터 <input checked="" type="checkbox"/> 세인트 데이비드 메디컬 센터 <input checked="" type="checkbox"/> 세인트 데이비드 재활 병원 <input checked="" type="checkbox"/> 세인트 데이비드 사우스 오스틴 메디컬 센터 <input checked="" type="checkbox"/> 오스틴 심장 병원 <input checked="" type="checkbox"/> 세인트 데이비드 외과 병원
승인권자: 세인트 데이비드 의료 위원회 총재	PAGE: 7/9

별첨 1

환자 성명: _____ 의료비 회계 번호: _____

무보험 환자 정보 서류

이 문서는 무보험 환자가 의료 서비스에 대한 재정적 측면을 이해하도록 돕습니다. 제공된 의료 서비스에 대해 청구할 수 있는 자동차 보험, 제 3자 책임 또는 기타 보상이 보장되는 환자는 무보험 할인을 받을 수 없습니다.

이 문서는 또한 의료비를 해결하는 데 도움이 되는 옵션을 제공합니다. 무보험 환자를 돕기 위한 노력으로, HCA는 귀하의 의료비에 대한 할인을 적용할 것이며, 나머지 의료비 파액을 해결하기 위해 함께 작업할 것입니다.

다음의 정보는 무보험 할인의 처리되는 방식과 본인에게 적용될 수 있는 할인 옵션을 간단하게 설명합니다. 선택의 청형을 받았거나 고경 요율을 받은 경우, 이러한 할인이 적용되지 않습니다. 그렇지 않은 경우, HCA는 모든 무보험 의료비를 할인합니다. 할인 후 남은 의료비 잔액은 의료 서비스 시 전체 지불해야 합니다.

제공된 서비스에 대한 총 비용에 적용된 의료비에서 무보험 할인이 총 비용에 적용되고, 이에 따라 귀하의 의료비가 감소하는데, 할인 후 전체 잔액을 귀하가 지불할 수 없는 경우 해당 일정액 지불 방식으로 처리될 수 있습니다. 해당 지불 방식으로도 처리하기 힘든 경우, 매디케어 지원을 신청하도록 지원할 것입니다.

매이케이드를 승인받은 경우, 병원은 매이케이드에게 청구할 수 있으며 귀하는 비 보장 의료비만 부담하면 됩니다.

매이케이드에 대한 자격을 충족하지 못한 경우, 재정지원신청서를 작성하고, 필요한 지원 서류를 제공하고, 방문 시 제출하여 잠재적인 자선 할인을 검토받도록 합니다. 면방 방문 기준에 따라 자선 할인 자격이 갖춘 경우, 귀하의 의료비는 원납으로 간주됩니다. 귀하가 필수 면방 방문 기준을 충족하지 않는 경우, 귀하는 청구 금액의 극적인 해결을 강구해야 합니다.

HCA는 승인된 자선 할인에 대해 100% 할인을 제공합니다. 기타 모든 무보험 할인에 대해 일부 할인이 적용됩니다.

환자/책임자 서명 _____ 날짜 _____

증인 서명 _____ 날짜 _____

SSD.FT.COLL.627 무보험 환자 정보 문서

PAS 복사 - 서명 파일

무보험 환자 정보 문서

병원:
St. David's Medical Center

제목: 재정지원정책	
시행일: 2013년 12월 13일 개정 시행일: 2017년 11월 28일	<input checked="" type="checkbox"/> 세인트 데이비드 조지타운 병원 <input checked="" type="checkbox"/> 세인트 데이비드 라운드 락 메디컬 센터 <input checked="" type="checkbox"/> 세인트 데이비드 노스 오스틴 메디컬 센터 <input checked="" type="checkbox"/> 세인트 데이비드 메디컬 센터 <input checked="" type="checkbox"/> 세인트 데이비드 재활 병원 <input checked="" type="checkbox"/> 세인트 데이비드 사우스 오스틴 메디컬 센터 <input checked="" type="checkbox"/> 오스틴 심장 병원 <input checked="" type="checkbox"/> 세인트 데이비드 외과 병원
승인권자: 세인트 데이비드 의료 위원회 총재	PAGE: 8 / 9

별첨2 1/2

St. David's Healthcare Partnership 재정지원신청서

환자-성명	환자-의료비 회계 번호
분류 번호	사회 보장 번호
<input type="checkbox"/> 고부 <input type="checkbox"/> 의료 후원	생일(월/일/년)
주요이름, 주소, 전화번호	
재무과 성명	생일(월/일/년)
환자의 부친(환자가 미성년자인 경우)	사회 보장 번호
환자의 모친(환자가 미성년자인 경우)	생일(월/일/년)

A. 소득: 본인 가구에 있는 다음 가족의 소득을 기재하십시오.

	한 곳에 월소득 체크		한 곳에 월소득 체크
환자 \$ _____	시간/ 주/ 월/ 년	환자의 부친 (환자가 미성년자인 경우)	\$ _____ 시간/ 주/ 월/ 년
재우자 \$ _____	시간/ 주/ 월/ 년	환자의 모친 (환자가 미성년자인 경우)	\$ _____ 시간/ 주/ 월/ 년

B. 기타 금융 재산: 차관 예금, 당좌 예금, 주식, 채권 등 해당하는 기타 금융 재산의 총액을 기재하십시오. \$ _____

이자 수익, 배당, 임대 소득 등 기타 금융 재산에서 발생하는 연간 소득을 기재하십시오. \$ _____

C. 가족: 환자의 가구에 있는 가족 수를 기재하십시오. _____

D. 소득 확인: 본인의 소득을 확인하기 위해 다음 유형의 서류 중 하나를 제시하십시오.

- IRS 서식 W-2
- 급여 송금금
- 세금 환급서
- 계좌 내역서
- 재정 증명서
- 주드 스탠프, CDC, 메디케어 또는 AFDC 와 같은 정부 지원 프로그램이 붙여 증명
- 사회 보장이나 실업 수당 결정 통지문
- 기타에 해당하면 기재하십시오.

위에 열거된 소득 문서 중 하나를 제공할 수 없는 경우 가능한 사유를 설명하십시오:

본인은 St. David's Healthcare Partnership (SDHP)가 본 신청서에 대한 SDHP의 평가와 관련하여 본 재정지원신청서(신청서)에 포함된 재정 정보를 제공할 수 있음을 이해하고, 본 문서에 서명함으로써 본인의 적절하게 본 신청서에 기재된 정보를 증명할 권한을 부여합니다. 또한, 본인은 SDHP에게 신청서 기입 및 사회보장국에게 보고서를 요청할 권한을 부여합니다. 본인은 이 정보가 자신의 개인 유익을 목적으로 사용되고, 본 신청서에 있는 정보를 위조할 경우 재정 지원이 거부될 수 있음을 인정합니다.

본인은 모든 재정 지원이 본인의 저소득에 기반하고 있음을 이해하고, SDHP가 새로운 소득원을 발견할 경우 전부 또는 일부에 재정 지원에 대한 허가를 소급할 수 있음을 이해합니다.

남자 _____

환자 또는 보호자의 서명

남자 _____

남자 _____

SDHP 지원에 대해 재정지원신청서의 일부가 작성된 경우,
SDHP 지원의 서명

제목: 재정지원정책	
시행일: 2013년 12월 13일 개정 시행일: 2017년 11월 28일	<input checked="" type="checkbox"/> 세인트 데이비드 조지타운 병원 <input checked="" type="checkbox"/> 세인트 데이비드 라운드 락 메디컬 센터 <input checked="" type="checkbox"/> 세인트 데이비드 노스 오스틴 메디컬 센터 <input checked="" type="checkbox"/> 세인트 데이비드 메디컬 센터 <input checked="" type="checkbox"/> 세인트 데이비드 재활 병원 <input checked="" type="checkbox"/> 세인트 데이비드 사우스 오스틴 메디컬 센터 <input checked="" type="checkbox"/> 오스틴 심장 병원 <input checked="" type="checkbox"/> 세인트 데이비드 외과 병원
승인권자: 세인트 데이비드 의료 위원회 총재	PAGE: 9 / 9

별첨2 2 / 2

St. David's Healthcare Partnership 재정지원신청서 정보 및 지침

목적

지역사회에 봉사하기 위한 노력의 일환으로, 그리고 St. David's Healthcare 시스템의 각선 목적 중 하나를 충족하기 위해, St. David's Healthcare Partnership 은 특정 소득 요건을 충족하는 개인에게 재정 지원을 제공하기 위해 대상자를 식별합니다.

재정 지원을 받을 자격이 있는지 판단하기 위해, 본 신청서에 기재된 특정 재정 정보를 알아야 합니다. 귀하의 협력이 있어야 귀하의 재정 지원 요건을 적절하게 검토할 수 있습니다.

재정지원신청서를 작성한 후 등록 담당자에서 신청서를 제출하시거나, 다음 주소로 발송할 수 있습니다.

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

A 항목: 소득

재정지원신청서의 A 항목에는 원서인 사람의 소득에 대한 각각의 달리 금액을 표시하시고 금액이 시간당, 주당, 월당, 연간 소득인지 구분에 주십시오.

B 항목: 기타 금융 계산

재정지원신청서 B 항목의 첫 번째 칸에는 당과 예금, 저축 예금, 주식 등에 투자한 달리 금액을 기재해 주십시오. 두 번째 칸에는 해당 투자로부터 수령하는 소득에 대한 달리 금액을 기재해 주십시오. 예를 들어, 첫 번째 칸에는 저축 예금에 있는 \$5,000 을 기재하고, 두 번째 칸에는 해당 예금에 대한 연간 이자 \$250 을 기재할 수 있습니다.

C 항목: 가족

재정지원신청서의 C 항목에는 환자 가족에 있는 가족에 대한 정보를 적어야 합니다. 가족의 수에는 환자, 환자의 배우자 및 환자의 피양자를 포함합니다. 환자가 미성년자인 경우, 환자, 환자의 모친 및/또는 부친 및/또는 법적 보호자 그리고 환자 모친 및/또는 부친, 및/또는 법적 보호자라 기타 거주하고 있는 피양자를 포함합니다.

D 항목: 소득 확인

귀하의 재정 지원 요청을 검토하기 위해, 재정지원신청서의 A 항목에 기재된 소득에 대한 증명이 필요합니다. IRS 서식 W-2, 급여 및 세금 확인서, 급여 송금증, 세금 환급서, 계좌 내역서 또는 기타 적절한 소득 증명서, 또는 사의 보금, 실업 수당, 매디케어, 카운터 펀드 건강 프로그램, AFDC, 실업 보험, 푸드 스탬프, WIC, 맥스 아동 건강, 아동 건강 보험 프로그램 또는 빈곤과 관련된 유사 프로그램과 같은 공익 프로그램에 대한 증명의 사본.

또한 본인이나 고용주가 제공한 서면 증명 또는 고용주가 SDHP 의 담당자와 확인 통화를 통해 소득을 증명할 수도 있습니다.

상기에 열거된 소득 증명 중 하나를 제공할 수 없는 경우, 재정지원신청서 D 항목에 사정을 기재하십시오.

의사 서비스

의료 서비스를 제공하는 의사는 St. David's Healthcare Partnership 의 직원이 아닙니다. 귀하는 귀하의 담당 의사 또는 필요한 서비스를 제공하는 다른 의사로부터 별도의 영수증을 받을 것입니다. 이러한 영수서에 대한 질문이나, 의사 서비스에 대한 질문을 갖기하려면, 재발 행문에 연락하십시오.