

Korean:

## 저소득, 보험 미가입 또는 보험 부족 환자를 위한 재정 지원 프로그램

무료 치료 또는 할인 치료  
자주 묻는 질문들

### 병원 청구서에 대해 재정 지원 자격이 있는지 어떻게 알 수 있나요?

소노마 벨리 병원은 모든 환자에게 재정 지원, 무료 치료 또는 할인 치료를 제공합니다. 가장 최근의 연방 빈곤 기준을 사용하여 재정 지원 자격이 있는지 확인할 수 있습니다. 캘리포니아 거주자가 재정 지원을 받기 위한 조건입니다. 환자 재정 서비스에서는 캘리포니아 거주를 증명하기 위해 시민권이나 합법적인 거주 여부를 요구하지 않습니다.

가족 소득이 연방 빈곤 소득 기준의 300% 이하일 경우, 재정 지원 자격이 있을 수 있습니다 (병원은 잔액의 100%를 탕감합니다). 가족 소득이 연방 빈곤 소득 기준의 301%에서 400% 사이일 경우, 할인 결제 옵션을 통해 일부 잔액만 본인이 부담할 수 있습니다. 가족의 의료비용이 높은 경우 (연간 의료비용이 가족 소득의 10%에 해당하는 경우), 재정 지원이나 할인 결제 옵션을 통해 지원받을 수 있습니다.

### 보험이 있지만 소득이 낮을 경우 재정 지원을 어떻게 신청하나요?

비즈니스 사무실은 완료된 신청서와 가족 소득 증빙 서류를 받으면 자격 여부 확인 절차를 시작합니다. 신청서를 완성하지 않거나 가족 소득 서류를 제출하지 않으면 거절될 수 있습니다.

### 보험이 없을 경우 (자기부담)의 경우 재정 지원을 어떻게 신청하나요?

우선, Medi-Cal을 위한 병원 잠정 자격 검사를 받으셔야 합니다. 자격 결정이 완료되면 서명할 수 있도록 편지가 제공됩니다. 가족 소득 증빙 서류, 예를 들어 최근 세금 신고서를 제출해야 합니다. 세금을 신고하지 않는 경우, 본인과 가족을 부양하는 방법을 설명하는 편지를 첨부해 주세요. “재정 지원 신청서”를 작성하고 모든 증빙 서류를 제출하세요.

### 수락 가능한 소득 증빙 서류는 다음과 같습니다: 필요한 모든 세금 양식

- 신청자 및 공동 신청자의 최근 2개월 급여 명세서 복사본
- 신청자 및 공동 신청자의 현재 연도 W-2 또는 1099 수입 명세서 복사본
- 신청자와 공동 신청자의 서명된 현재 연도 세금 신고서 복사본
- 현재 사회 보장 할당서 및/또는 소득 증빙 서류 복사본

작성된 신청서와 지원 서류를 소노마 벨리 병원에 반환해 주세요.

주소: 리사 스톤, 환자 회계부, 347 Andrieux Street, Sonoma, CA 95476

팩스: 707-935-5319 전화: 707-935-5325

### 내 신청 결과는 어떻게 통보받나요?

신청서에 대한 자격 검토가 완료되면 환자 회계 사무실에서 전화를 통해 새로운 잔액을 알려드립니다.

---

### 재정 지원 신청서

환자 이름: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_

배우자: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_

주소: \_\_\_\_\_

도시/주/우편번호: \_\_\_\_\_

계좌 번호: \_\_\_\_\_ 전화 번호: \_\_\_\_\_

MRN 번호: \_\_\_\_\_ 보증인 번호: \_\_\_\_\_

가족 구성원 수: \_\_\_\_\_ (본인, 배우자 및 자녀를 포함한 부양가족 포함).

세금 신고서에 부양하는 모든 자녀를 나열하세요.

### 이름 나이 관계

---

---

---

---

---

---

---

---

추가 공간이 필요하면 페이지 뒷면을 사용하세요.

### 직업 (자영업자인 경우 사업체 이름을 기입)

고용주: \_\_\_\_\_ 직위: \_\_\_\_\_

배우자 고용주: \_\_\_\_\_ 직위: \_\_\_\_\_

### 현재 월 소득

소득 증빙 서류(세금 신고서, 급여 명세서 등)를 제출해야 합니다.

1. 공제 전 총 급여 및 임금 \_\_\_\_\_
2. 자영업 소득 (자영업인 경우) \_\_\_\_\_
3. 기타 소득 \_\_\_\_\_
4. 이자 및 배당금 \_\_\_\_\_

5. 사회 보장 소득 \_\_\_\_\_

6. 기타 \_\_\_\_\_

현재 월 총 소득 \_\_\_\_\_

본 서류에 서명함으로써, 저는 소노마 밸리 병원이 제 재정 지원 자격을 결정하기 위해 제 고용 및 신용 기록을 확인하는 것에 동의합니다. 제가 제공한 정보에 대해 증빙 서류를 제출할 수 있음을 이해합니다.

---

환자 또는 보증인 서명 날짜 배우자 서명 날짜