

재정 지원 신청서 보충 MyChart 지침

이 양식은 Fred Hutchinson Cancer Center의 재정 지원 신청서입니다. 이 양식은 MyChart 보충 버전입니다. MyChart 계정을 통해 신청하는 경우에만 이 양식을 사용하십시오. MyChart 모듈을 통해 이 양식을 업로드하십시오. 전체 신청서를 작성해야 하는 경우, 당사 웹사이트를 방문하여 fredhutch.org/financialassistance 에서 전체 신청서를 다운로드하십시오. 치료를 받으려는 장소에서 신청서 또는 정보를 요청할 수도 있습니다.

워싱턴주는 모든 병원에서 특정 소득 요건을 충족하는 사람과 가족에게 재정 지원을 제공할 것을 요구합니다. 건강 보험이 있더라도 가족 구성원 수와 소득에 따라 무료 진료나 할인된 가격으로 진료를 받을 수 있습니다. 저희는 가구 총소득이 연방 빈곤 수준(Federal Poverty Level, FPL)의 300% 이내에 있는 환자/보증인에게 100% 할인을 제공합니다. 2022년 7월 1일부로 당사의 기준을 다음과 같이 확대합니다.

- FPL의 301~350%인 경우, 75% 할인 / 25% 환자 부담
- FPL의 351~400%인 경우, 50% 할인 / 50% 환자 부담

자세한 내용을 알아보려면 재무 상담 부서 담당자에게 (206) 606-6226 또는 무료 전화 (800) 304-1763(2번 선택)으로 월요일~금요일, 오전 7시 30분~오후 4시(태평양 시간)에 문의하시기를 바랍니다.

재정 지원에서 보장하는 혜택에는 무엇이 있습니까?

병원 재정 지원은 신청자의 자격에 따라 Fred Hutchinson Cancer Center에서 제공하는 적절한 병원 기반 서비스를 보장합니다. 다른 단체에서 제공하는 서비스를 포함한 의료 비용 전액이 재정 지원만으로 충당되지 않을 수 있습니다.

질문이 있거나 이 양식을 작성하는 데 도움이 필요하시면 다음과 같이 연락해 주십시오.

재무 상담 부서 담당자에게 (206) 606-6226 또는 무료 전화 (800) 304-1763(2번 선택)으로 문의하십시오. 장애 및 언어 지원을 포함하여 어떤 사유로든 도움을 받으실 수 있습니다.

참고: 재정 지원을 신청하는 데 사회 보장 번호를 기입할 필요는 없습니다. 다만 사회 보장 번호를 기입하면 신청서를 더 빨리 처리하는 데 도움이 됩니다. 사회 보장 번호는 제공하신 정보를 확인하는 용도로 사용됩니다. 사회 보장 번호가 없는 경우 '해당 없음' 또는 'NA'로 표시하십시오.

재정 지원 신청서의 본인 보관용 사본을 한 부 보관해 두십시오.

해당되는 경우, 소득 문서를 포함하여 완전히 구비된 재정 지원 신청서를 접수한 후 14일 이내에 자격 및 이의 제기 권리에 대한 최종 결정을 알려드립니다.

재정 지원 신청서를 제출한 것은 재정적 의무 및 정보를 확인하기 위해 당사에서 필요한 조사를 하는 데 동의한다는 것을 의미합니다.

도움을 드리고 싶습니다. 신속히 신청서를 제출해 주십시오!

신청이 계류 중인 동안 청구서를 받으실 수도 있습니다. Fred Hutchinson Cancer Center와 UW Medicine은 두 기관에서 치료받고자 하는 환자를 돕기 위해 필요하다면 정보를 공유할 수 있습니다(신청서 작성 후 90일 이내). 승인 기간이 기관별로 다를 수 있습니다.

재정 지원서 MyChart 보충 양식

이 양식은 MyChart 보충 버전입니다. MyChart 계정을 통해 신청하는 경우에만 이 양식을 사용하십시오. MyChart 모듈을 통해 이 양식을 업로드하십시오. 전체 신청서를 작성해야 하는 경우, 당사 웹사이트를 방문하여 fredhutch.org/financialassistance 에서 전체 신청서를 다운로드하십시오. 치료를 받으려는 장소에서 신청서 또는 정보를 요청할 수도 있습니다.

모든 정보를 전부 기입해 주십시오. 해당하지 않으면 'NA'를 기입합니다. 필요한 경우 추가 페이지를 첨부하십시오.

심사 정보	
통역이 필요하십니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <i>필요한 경우, 선호하는 언어 표기:</i>	
환자가 Medicaid를 신청하였나요? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <i>재정 지원을 고려하기 전에 신청해야 할 수도 있음 assistance</i>	
환자가 빈곤가정일시부조제도(Temporary Assistance for Needy Families, TANF), Basic Food 또는 여성, 유아 및 아동(Women, Infants and Children, WIC)와 같은 주정부 공공 서비스를 받고 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	
환자가 현재 홈리스입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	
환자의 의료 관리가 교통사고나 산업재해와 관련이 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	

환자 및 신청인 정보		
환자 이름	환자 중간 이름	환자 성
<input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> 여성 <input type="checkbox"/> 기타(구체적으로 _____)	생일	환자 사회 보장 번호* <small>*사회 보장 번호에 관한 1페이지의 언급을 참조</small>
연락처	주요 연락처: 자택: _____ 휴대전화: _____ 기타: _____	
이메일 주소: _____		

가족 정보		
본인을 포함한 가족 구성원 명단을 작성하십시오. '가족'은 출생, 결혼 또는 입양으로 함께 사는 사람을 포함합니다. 가족 구성원 수 _____ 부양가족 수 _____ <i>해당하는 경우 추가 페이지를 첨부</i>		

이름	생년월일	환자와의 관계	18세 이상인 경우: 고용주 이름 또는 소득원	18세 이상인 경우: 총 월소득(세전):	재정 지원을 함께 신청하십니까?
					예/아니요
					예/아니요
					예/아니요
					예/아니요
					예/아니요
					예/아니요
					예/아니요

성인 가족 구성원 모두의 소득을 공개해야 합니다. 예를 들어, 다음을 포함한 수입원이 기입되어야 합니다.

- 임금 - 실업수당 - 자영업 - 산재보상 - 장애수당 - 생활 보조금(Supplemental Security Income, SSI)
- 자녀/배우자 지원 - 근로 장학 프로그램(학생) - 연금 - 퇴직 계좌 배당금
- 기타(자세히 기입 _____)