



재정 지원 신청 지침

자격이 되는 환자에게 의학적으로 필수적인 서비스에 대해서 재정 지원을 제공합니다.

재정 지원 자격은 연방 빈곤 가이드라인(연방관보에 연례 발표)에 기반합니다. 보험이 없거나 의학적으로 필수적인 서비스에 대해 지불할 일체의 다른 수단이 없다고 알리는 환자는 재정 지원에 대한 고려를 요청할 수 있습니다.

다음의 문서를 반송해 주십시오:

- **작성한 재정 지원 신청서**(완전히 작성하지 않은 신청서는 고려되지 않습니다)
- **가계 소득 증명**
미시간 주민: 가장 최근 급여 명세서(check stub) 4개 및 은행 명세서 2개 또는 기타 증명
오하이오 주민: 3개월 소득 증명
- **소득 확인 양식** (현재 소득이 없을 경우)
- **마지막으로 제출한 연방 소득세 신고서 사본**
- **일체의 문서를 입수할 수 없을 경우 알려 주십시오**

McLaren Health Care는 재정 지원 신청서를 처리하기 위해서 필요한 추가적 재정 문서를 요청할 수 있습니다.

작성한 신청서 및 증빙 문서를 14일 이내로 다음으로 반송해 주십시오:

McLaren Corporate Services Attn: Revenue
Cycle Operations – Customer Service
50820 Schoenherr Rd.
Shelby Township, MI 48315

또는 FinancialAssistance@mclaren.org

재정 지원을 위해 처리/심사되기 위해서는 요청하는 모든 정보를 반송해 주셔야 합니다.
질문이 있거나 신청서를 작성하는데 도움이 필요하시면 다음에 연락하십시오:

Patient Financial Services
Customer Services Department
(844) 321-1557



소득 확인 양식

이 양식은 재정 지원 신청서가 소득을 기재하지 않을 때에만 사용되어야 합니다.

양식이 유효하기 위해서는 이 양식의 모든 필드를 작성해야 합니다.

신청자 이름:	신청자의 현 주소:
---------	------------

신청자 소득 확인

본인, _____, 은(는) 근로소득 또는 불로소득이 없다는 것을 증명합니다. 본인은 이 진술문을 확인하도록 McLaren Health Care에게 허가합니다. 본인이 근로소득 또는 불로소득이 있다는 것을 McLaren Health Care가 밝혀낼 경우 본인은 재정 지원을 받을 자격이 없게 된다는 점을 이해합니다.

본인은 현재 다음에 의해 생계 지원을 받고 있습니다(생계 지원을 제공하는 모든 사람들의 이름을 포함해서 기본 비용, 음식, 옷, 사는 곳 등을 충족하는 방법을 열거하십시오):

본인은 McLaren Health Care의 직원이 본인이 제공한 정보를 확인하기 위해서 상기한 사람들에게 연락할 수 있다는 점을 이해 합니다.

서명

신청자 서명: _____

이름(정자체): _____

날짜: _____



- McLaren-Bay Region
- McLaren-Bay Special Care
- McLaren Cancer Institute
- McLaren-Central Michigan
- McLaren-Clarkston
- McLaren-Flint
- McLaren-Greater Lansing
- McLaren Health Care
- McLaren Health Plan
- McLaren Homecare Group
- McLaren-Lapeer Region

- McLaren-Macomb
- McLaren Medical Group
- McLaren-Oakland
- McLaren-Orthopedic Hospital
- McLaren Northern Michigan
- McLaren Caro Region
- McLaren Thumb Region
- McLaren St. Lukes
- 기타 _____

재정 지원 요청

미납 금액 _____ 계정 번호 _____

환자 이름 _____ 사회보장번호 _____ 생년월일 _____

집 주소 _____ 시 _____ 주 _____ 우편번호 _____

집 전화 _____ 대체 전화 _____

책임있는 당사자(보증인) 이름 _____ 사회보장번호 _____ 생년월일 _____

고용주 _____ 직장 전화 _____

하나에 체크하십시오: 재직 중 자영업 무직 은퇴 장애인

고용되어 있을 경우 다음 중 어느 것입니까: 정규직(풀타임) 시간제 임시 고용 주당 평균 근로시간 _____

배우자의 이름 _____ 사회보장번호 _____ 생년월일 _____

배우자의 고용주 _____

하나에 체크하십시오: 재직 중 자영업 무직 은퇴 장애인

고용되어 있을 경우 다음 중 어느 것입니까: 정규직(풀타임) 시간제 임시 고용 주당 평균 근로시간 _____

부양가족의 이름 및 연령(본인 및 배우자 포함) _____

저축(양도성 예금증서(CD), 머니마켓, IRA), 당좌 예금 및 신용조합 계좌

은행 이름	도시	계좌 유형	잔고

본인의 주택을 소유하고 계십니까? 예 아니요 예일 경우 아래에 열거하십시오.

다른 재산을 소유하고 계십니까? 차량, 레크리에이션용 차량, 기타 부동산 예 아니요 예일 경우 아래에 열거하십시오.

자산

자산 - 주택, 차량 등	시가	미지불된 대출금

뒷면을 보십시오...

가계 월별 소득 및 비용

소득 항목	금액(월별)	비용 항목	금액(월별)
전체 가계 총 급여		집세/모기지	
사회보장 소득		재산세	
이자 소득		자동차	
임대료 소득		보험: 주택 소유자	
이혼 수당		보험: 자동차	
자녀 양육비		보험: 의료	
연금		보험: 생명	
일반 보조		유틸리티(수도, 전기, 가스 등)	
실업		식료품	
주/연방 보조		가솔린	
다른 사람들로부터의 기부금		의료	
토지 계약 소득		이혼 수당/자녀 양육비	
근로자 재해 보험		기타	
군인 가족 수당		기타	
기타(구체적으로 밝혀주십시오)		기타	

할부 대출 및 신용카드

채권자	남은 빚	월별 지불액

총 소득	총 비용

귀하의 신청서와 관련있을 수 있는 소득 및 비용에 관한 추가 상세사항을 첨부하십시오.

본인은 이로써 상기한 정보가 본인이 아는 한 정확하다고 단언합니다. 본인은 McLaren Health Care Corporation(MHCC)과 그 자회사가 일체의 정보의 완전성 및 정확성을 확인할 것을 승인합니다. 본인은 또한 그러한 정보를 MHCC 및 그 계열사에게 공개하도록 승인합니다. 본인은 자선 기관으로서 MHCC가 본인에게 할인 또는 무료 치료를 제공할 수 있다는 점을 이해합니다. 본인은 또한 의사결정 과정에서 개인 신용평가 보고서가 입수될 수 있다는 점을 이해합니다.

환자 또는 책임 당사자의 서명

날짜

배우자의 서명

날짜

승인은 12개월간 유효하고 그 후에는 일체의 미래 서비스를 받기 위해서 업데이트된 정보가 필요합니다. 일체의 남은 잔액에 대해서 받아들일 수 있는 지불 방식 합의가 이루어져야 하며 MHCC의 재량에 따라 재평가될 수 있습니다.

재가 서명

날짜

결정: