

HCAP (HOSPITAL CARE ASSURANCE PROGRAM) 또는 재정 지원을 위한 기밀 신청서

Trinity Health 시설 및 의료진이 제공하는 병원 및 전문 서비스 용

개인 정보 및 기밀 정보

Guarantor Name Smarttext

Guarantor Address Smarttext

Date Smarttext: October 08, 2021

보증인: Guarantor smarttext

사례 번호: smarttext

사례에 포함된 환자:

- smarttext patient name(s)

안녕하세요. patient name smarttext님,

귀하의 의료 서비스 제공자로 RHM smarttext을(를) 선택해 주셔서 감사합니다. 동봉된 신청서를 작성하여 아래 주소로 보내주시면 재정 지원 평가를 완료할 수 있습니다.

궁금하신 내용은 월요일-금요일 오전 9시-오후 5시까지(동부 표준시 기준) 당사 고객 서비스 센터 800-494-5797로 문의하시기 바랍니다.

감사합니다.

Trinity Health Enterprise Patient Financial Services

RHM smarttext 대리인

20555 Victor Parkway

Livonia, MI 48152

HCAP (HOSPITAL CARE ASSURANCE PROGRAM) 또는 재정 지원을 위한 기밀 신청서

Trinity Health 시설 및 의료진이 제공하는 병원 및 전문 서비스 용

신청서 양식을 작성하고 서명한 후, 다음 사본과 함께 **10일** 이내에 반송해 주시기 바랍니다.

필수 검증 사항

- 최근 한 달간 총 소득 증빙 지난 3 개월 총 소득 증명(HCAP 를 신청하는 경우)
- 최근 두 달간 모든 은행 계좌 전체 명세서, 전체 페이지 포함 (정기 예금에 대한 설명)
- 최근 세금 신고서(스케줄 C, E 또는 F 가 포함된 1040 양식) 또는 석 달간 손익 계산서 (자영업자/부양가족)
해당되는 경우, 다음을 제공해 주십시오
- 분기별 손익에 대한 최근
- 실업 수당/거부 서신
- 자녀 양육비 소득/위자료
- 소득 없음 - 신청서의 재정 지원 서신(재정 지원서) 부분 작성

환자 정보

환자 이름		생년월일			
사회 보장/EIN 번호(선택)		휴대전화 번호		기타 전화번호	
우편 주소		도시		주	우편번호
이메일 주소		어느 주에 거주하고 계신가요?			
결혼 여부 <input type="checkbox"/> 미혼 <input type="checkbox"/> 기혼 <input type="checkbox"/> 이혼 <input type="checkbox"/> 기타 _____					
병원 서비스 날짜: 시작 _____ 받는 사람 _____					
연방세 신고서를 제출하시겠습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오		타인의 세금 신고서에 부양가족으로 청구할 수 있습니까 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오			
아니오로 답한 경우, 이유가 무엇입니까?					
서비스 당시 귀하 또는 귀하의 부양가족이 건강 보험에 가입되어 있었습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 (보험증 사본을 제출하십시오)					
귀하는 미국 영주권자입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 답변하지 않겠습니다					
가구 구성원(최근 세금 신고서에 근거한 본인 포함)	생년월일	환자와의 관계	입원 전 3개월 동안의 소득	병원 서비스 전 12개월 동안의 소득	세금 신고서에 청구됨(Y/N)
(환자)		자신			

HCAP (HOSPITAL CARE ASSURANCE PROGRAM) 또는 재정 지원을 위한 기밀 신청서

Trinity Health 시설 및 의료진이 제공하는 병원 및 전문 서비스 용

모든 가구 구성원의 소득 확인

월 소득원	수령인은 누구입니까?	총 월 소득(세 전)	월 소득원	수령인은 누구입니까?	총 월 소득(세 전)
임금[근로자 보상 [
사회 보장/장애인			실업수당		
연금			자녀 양육비/위자료		
자영업			토지 임대 소득		
공적 지원금			기타		

재정 지원서 - 지원을 제공하는 사람만 작성하세요

- 나는 환자 생활비의 50% 이상을 지원하지만, 의료비는 도와줄 수 없습니다.
- 나는 이 서신에 서명함으로써, 위의 진술이 정확하며 환자의 청구서에 대해 어떠한 책임도 지지 않을 것임을 확인합니다. 질문이 있는 경우, _____ 번(전화번호)으로 저에게 문의해 주십시오.

지원을 제공하는 사람의 이름	환자와의 관계
지원을 제공하는 사람의 서명	날짜

소득 및 신원 확인

나는 이 신청서에 기재된 모든 정보가 내가 아는 한 사실이며 완전함을 증명합니다. 나는 제공된 정보가 검증될 수 있음을 이해합니다. 위 정보가 허위로 제공된 경우, 나는 Trinity Health 계열사에서 제공하는 모든 서비스에 대해 상환 책임을 지겠습니다

환자 서명 : _____ 날짜 : _____

또는 법적 보호자 서명(해당하는 경우): _____ 날짜 : _____

환자와의 관계 : _____ 날짜 : _____

위 주소로 신청서를 우편으로 보내거나, 312-871-3350으로 팩스를 보내거나, MyChart(환자 포털, <https://mychart.trinity-health.org/MyChart>)를 통해 문서를 업로드하세요 문의 사항이 있는 경우, 월요일-금요일 오전 9시-오후 5시까지(동부 표준시 기준) 고객 서비스 센터 800-494-5797로 문의하시기 바랍니다