

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 업로드하십시오. 전체 신청서를 작성해야 하는 경우, 저희 웹 사이트(seattlecca.org/financialassistance)에서 전체 신청서를 다운로드하십시오. 또한 치료를 받을 장소에서 신청서 또는 정보를 요청할 수 있습니다.

워싱턴주는 모든 병원에서 특정 소득 요건을 충족하는 사람과 가족에게 재정 지원을 제공할 것을 요구합니다. 건강보험이 있더라도 가족 구성원과 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 1일부터는 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 환자 계정 담당자에게 (206) 606-6226 또는 무료 전화 (800) 304-1763번으로 월요일~금요일, 오전 7시 30분~오후 4시(태평양 시간)에 문의하시기 바랍니다.

재정 지원 보장 내용

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 신청서를 작성하는 데 도움이 필요한 경우:

환자 계정 담당자에게 (206) 606-6226 또는 무료 전화 (800) 304-1763번으로 전화하시기 바랍니다. 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 주십시오.

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

재정 지원 신청서를 제출하면 재정적 의무 및 정보를 확인하기 위해 당사에서 필요한 조사를 처리하는 데 동의하는 것입니다.

도와드리겠습니다. 바로 신청서를 제출해 주십시오!

신청서가 처리 중인 경우 청구서를 받을 수 있습니다. Fred Hutchinson Cancer Center 및 UW Medicine은 양 기관에서 치료가 필요한 환자를 지원하기 위해 정보를 공유할 수 있습니다(신청서 작성 90일 이내). 각 기관의 승인 기간은 다를 수 있습니다.

재정 지원 MyChart 보충 양식

이 양식은 MyChart 보충 버전입니다. MyChart 계정을 통해 신청하는 경우에만 이 양식을 사용하십시오. MyChart 모듈을 통해 업로드하십시오. 전체 신청서를 작성해야 하는 경우, Seattlecca.org/financialassistance 에서에서 전체 신청서를 다운로드하십시오. 또한 치료를 받을 장소에서 신청서 또는 정보를 요청할 수 있습니다.

모든 정보를 완전히 기입해 주십시오. 해당되지 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 신청했습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <i>재정 지원을 고려하기 전에 신청해야 할 수 있습니다</i>
환자가 TANF, Basic Food 또는 WIC와 같은 주정부 공공 서비스를 받고 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
환자가 현재 노숙자입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
환자의 의학적 치료가 교통사고나 산업 재해와 관련되어 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 참고를 확인하십시오</small>
연락처		
이메일 주소: _____		
주요 연락처:		
집 () _____ 핸드폰 () _____ 직장 () _____		

가족 정보					
본인을 포함한 가족 구성원 명단을 작성하십시오. '가족'은 출생, 결혼 또는 입양으로 함께 사는 사람을 포함합니다.					
가족 규모 _____	세대원 _____	<i>필요하면 추가 페이지를 첨부하십시오</i>			
이름	생년월일	환자와의 관계	18세 이상인 경우: 고용주 이름 또는 소득원	18세 이상인 경우: 총 월 소득(세전):	재정 지원을 함께 신청합니까?
					예 / 아니요
					예 / 아니요
					예 / 아니요
					예 / 아니요
					예 / 아니요
					예 / 아니요
모든 성인 가족 구성원의 소득을 공개해야 합니다. 수입원에는 다음이 포함됩니다.					
- 임금 - 실업수당 - 자영업 - 산재보상 - 장애수당 - SSI - 자녀/배우자 지원 - 취업 프로그램(학생) - 연금 - 퇴직계좌 입금 - 기타(자세히 기입: _____)					