Intermountain Health

다음 주소와 연락처로 정보를 반환하십시오:
우편: 500 El Dorado Blvd Ste 4300
Broomfield, Co 80021
팩스: 303-272-0931
이메일: Peaks_financialassistanceapps@imail.org

콜로라도 및 몬태나 소재 의료기관에 대한 재정 지원 신청서

본 양식 작성을 위한 지침:

신청이 처리하려면 본 양식을 완전히 작성하고 필요한 모든 문서를 치료를 받은 Intermountain 의료기관 또는 위에 기재된 연락 방식 중 하나로 보내주십시오. 신청 절차를 완료하지 않은 사람에게는 재정 지원이 제공되지 않습니다.

다음 문서를 제출하십시오:

1. **재정 지원 신청서: 신청서를 완전히 작성한 후 서명하고 날짜를 기재하십시오.**
2. **아래에 명시된 현재 가구 소득 확인서.**

콜로라도 거주자이십니까? **현재 가구 규모** **홈리스 상태이십니까?**
예_____ **아니요** _____ _____ **예**_____ **아니요** _____

이름 및 성_____ **사회 보장 번호**_____ **생년월일**_____

혼인 상태:_____ 자택 전화 번호_____ 휴대전화 번호 _____
주소_____ 시_____ 주_____ 우편번호_____
고용주 이름_____ 직장 전화 번호 _____
해당 고용주에게 고용된 지 얼마나 되셨습니까? _____년_____개월

급여 지급 주기(표시) 매주_____ 격주_____ 월 2회_____ 매월_____

배우자 이름 _____ **배우자의 사회 보장 번호**_____ **배우자의 생년월일**_____

배우자의 자택 전화 번호_____ 배우자의 휴대전화 번호_____
배우자의 고용주 이름_____ 직장 전화번호_____
해당 고용주에게 고용된 지 얼마나 되셨습니까?_____년_____개월
급여 지급 주기(표시) 매주_____ 격주_____ 월 2회_____ 매월_____

추가 가구 구성원/부양 가족. 추가 부양 가족이 있는 경우 별도의 양식에 추가하십시오.

이름 및 성	생년월일	사회 보장 번호	관계

현재 가구 월 소득

유형	환자 금액	배우자 금액	기타 성인 가구 구성원	필요한 소득 확인 자료 유형
고용 소득(총액)	$	$	$	*가장 최근 또는 마지막 급여 명세서의 사본 또는 전월 또는 당월의 총 소득이 명시된 고용주로부터 받은 서신의 사본*
자영업 소득(총액)	$	$	$	*전월 또는 당월의 손익 계산서 또는 원장. 해당되는 경우 현재 세금 신고서.*
연금, 퇴직, 사회 보장 소득	$	$	$	*월 소득이 표시된 현재 수령 내역 서신, 연금 수령 내역서, 퇴직금 계좌에서 지급된 금액 내역서 등의 사본.*
실업, 장애 소득 등	$	$	$	*현재 수령 내역 서신의 사본*
기타*(소득원을 기재하십시오)*: _____ _____	$	$	$	*예: 팁, 보너스, 수수료*

추가 질문: 이러한 질문에 답변하면 추가 정보를 얻기 위해 신청서 처리가 지연되지 않습니다.	**예**	**아니요**
가구 구성원 중 현재 임신 중인 사람이 있습니까?	☐ 가구 구성원 중 누가 임신 중입니까? _____ 출산 예정일이 언제입니까? _____	☐
가구 규모 계산에 포함하고자 하는 따로 거주하는 사람에게 50% 이상의 재정 지원을 제공하십니까(해당 개인이 다른 주/국가에 거주할 수 있음)?	☐	☐
귀하 또는 가구 구성원 중 공공 혜택을 받는 사람이 있습니까? (예: 푸드 스탬프, WIC 또는 무료 또는 할인 점심 급식)	☐	☐
귀하 또는 가구 구성원 중 현재 건강 보험에 가입되어 있는 사람이 있습니까?	☐ '예'를 선택한 경우, 보험사 이름을 기재하십시오_____ _____	☐
귀하 또는 현재 가구 구성원 중 Medicaid, Medicare 또는 CHP+를 신청한 사람이 있습니까?	☐ '예'를 선택한 경우, 신청한 날짜를 기재하십시오_____	☐
저희 의료기관에서 청구한 청구 내역 중 자동차 또는 업무 관련 사고와 관련된 의료비 청구 내역이 있습니까?	☐ '예'를 선택한 경우, 보험사를 기재하십시오_____	☐
Medical Healthshare 또는 비용 분담 플랜에 가입되어 있습니까?	☐ '예'를 선택한 경우, 분담에 대해 설명하십시오 (EOS)_____	☐

본인은 본 문서에 제공된 정보가 본인이 아는 한 사실이며 정확하다는 것을 진술합니다. 본인은 Intermountain Health가 결정을 내리기 전에 소득 확인 자료를 요구한다는 것을 이해합니다.

신청인 서명_____ **날짜**_____

신청 절차를 완료하기 위한 모든 필수 정보에 대한 체크리스트:

❑ 재정 지원 신청서 신청서를 완전히 작성한 후 서명하고 날짜를 기재하십시오.

❑ 가구 소득 확인 자료.