



재정 지원 신청 지침

저희는 자격이 되는 환자의 의학적 필요 서비스에 대해 재정 지원 서비스를 제공할 것입니다.

재정 지원 자격은 연방빈곤지침(연방 공보에 매년 게시)에 따릅니다. 의학적으로 필요한 서비스에 대한 비용을 지불할 보험이나 기타 다른 방법이 없다고 밝힌 환자는 재정 지원을 신청할 수 있습니다.

재정 지원을 신청하는 환자는 반드시 연방, 주 및 지역 정부 프로그램(Medicaid, County Health Plans 등)을 통해 모든 지원을 신청하고, 신청 및/또는 프로그램 거절에 대한 증빙 서류를 McLaren Health Care 로 제출해야 합니다.

다음 서류를 보내주십시오.

- 작성된 재정 지원 신청서(완전히 작성되지 않은 신청서는 접수되지 않습니다.)
- 가구 소득 증명(최근 2 회의 급여 명세서, 은행 명세서 또는 기타 증빙 서류)
- 소득 확인서(현재 소득이 없는 경우)
- 최근에 접수한 소득세 신고서의 사본
- 구할 수 없는 서류는 명시해 주십시오.

McLaren Health Care 는 재정 지원 신청을 진행하기 위해 필요한 추가적인 재정 서류를 요청할 수 있습니다.

작성된 신청서와 제반 서류를 14 일 내에 다음 주소로 보내주십시오.

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

질문이 있거나 신청서 작성에 도움이 필요한 경우에는 다음 연락처로 문의해 주십시오.
환자 재정 서비스 고객
서비스부 (844) 321-1557



소득 확인서

이 양식은 재정 지원 신청자가 소득이 없는 경우에만 사용해야 합니다.

본 양식의 모든 필드를 작성해야만 접수됩니다.

신청자 성명:	신청자 현재 주소:
---------	------------

신청자 소득 확인

본인 _____ 은(는) 근로 소득 또는 불로 소득이 없음을 확인합니다. 본인은 McLaren Health Care 에 본 서류를 확인할 권한을 부여합니다. 본인에게 근로 소득 또는 불로 소득이 있는 사실을 McLaren Health Care 가 발견하는 경우에 본인은 재정 지원을 받을 자격이 되지 않을 것임을 이해합니다.

현재 본인을 후원하는 사람은 다음과 같습니다(후원하고 있는 모든 개인의 이름을 비롯하여, 현재 기본 생활비, 식품, 의복, 주거를 제공받는 방법을 나열하십시오).

본인은 McLaren Health Care 의 대리인이 상기에 명시된 개인에게 연락해서 제공된 정보의 사실 관계를 확인할 수 있음을 알고 있습니다.

서명

신청자 서명: _____

이름(인쇄체): _____

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 Northern Michigan Regional Hospital
- 기타 _____

재정 지원 요청

총 미납 잔액 _____ 계정 번호 _____

환자 이름 _____ 사회보장번호 _____ 생년월일 _____

집 주소 _____ 도시 _____ 주 _____ 우편번호 _____

집 전화 _____ 보조 전화 _____

책임 당사자 이름(보증인) _____ 사회 보장 번호 _____ 생년월일 _____

고용주 _____ 직장 전화 _____

택일해 주십시오. 고용 상태 자영업자 실업 은퇴 장애인

고용된 상태인 경우, 근무 형태: 풀타임 파트타임 임의적 평균 시간/주 _____

배우자 이름 _____ 사회 보장 번호 _____ 생년월일 _____

배우자 고용주 _____

택일해 주십시오. 고용 상태 자영업자 실업 은퇴 장애인

고용된 상태인 경우, 근무 형태: 풀타임 파트타임 임의적 평균 시간/주 _____

피부양자 이름 및 연령(자신 및 배우자 포함) _____

저축 계좌(CD, Money Market, IRA), 당좌 계좌 및 신용 조합 계정

은행명	도시	계정 유형	잔고

집을 소유하고 있습니까? 예 아니요 "예"라고 대답한 경우 아래에 명시해 주십시오.

다른 재산이 있습니까? 차량, RV, 기타 부동산 예 아니요 "예"라고 대답한 경우 아래에 명시해 주십시오.

자산

자산 - 집, 차량 등	시세	미상환 대출액

가계 월 소득 및 비용

소득 항목	금액(월간)	비용 항목	금액(월간)
총 가구 지불액		임대료/모기지	
사회 보장 소득		재산세	
이자 소득		자동차	
임대 수입		보험: 주택 소유자	
이혼 수당		보험: 자동차	
자녀 부양		보험: 의료	
연금		보험: 생명	
일반 지원		공과금	
실업급여		식료품	
주/연방 지원		휘발유	
타인의 지원		의료	
대지 계약 소득		이혼 수당/자녀 부양	
종업원 상해보험		기타	
군인 가족 배당금		기타	
기타(기입해 주십시오.)		기타	

할부금 및 신용 카드

카드 회사	부채 잔고	월 지불액

총 소득	총 비용

신청서와 관련될 수 있는 소득 및 비용에 관한 추가 자료를 첨부해 주십시오.

본인은 본인이 알고 있는 한 상기 정보가 정확함을 확인합니다. 본인은 McLaren Health Care Corporation(MHCC)과 그 자회사가 정보의 완전성 및 정확성을 검증할 수 있도록 승인합니다. 본인은 이러한 정보가 MHCC 및 그 자회사로 공개될 수 있도록 승인합니다. 본인은 자선 단체로서 MHCC가 본인에게 할인 또는 무료 치료를 제공할 수 있음을 알고 있습니다. 본인은 의사 결정 과정에서 개인 신용 보고서가 입수될 수 있음을 알고 있습니다.

환자 또는 책임 당사자 서명 _____ 날짜 _____

배우자 서명 _____ 날짜 _____

승인은 6개월간 유효하며, 해당 시점에 추가 서비스를 위해 업데이트된 정보를 요구하게 됩니다. 미지불 잔액에 대해 상호 합의된 지불 계획을 세워야 하며 MHCC의 재량에 따라 재평가될 수 있습니다.

승인됨 거절됨 승인자 서명 _____ 날짜 _____

거절 사유: