



소노마 밸리 병원 – 재정 지원 신청서

(자선 의료 지원 프로그램 및 할인/분할 납부 프로그램)

병원비 지원

소노마 밸리 병원에서는 필요한 의료 서비스를 감당할 수 없는 환자에게 재정 지원을 제공합니다. 이 지원은 모든 사람에게 제공되며, 이민 신분과 관계없이 이용 가능합니다.

신청할 프로그램을 선택하세요:

☐ 자선 의료 지원 (Charity Care – 100% 면제)

☐ 할인/분할 납부 프로그램 (Discount Payment / Payment Plan)

참고: 자격이 있는 환자는 두 프로그램 모두 신청할 수 있으나, 각 프로그램은 별도의 자격 요건과 제출 서류가 필요합니다.

환자 정보

환자 이름: _____
계좌 번호: _____
의료 기록 번호 (MRN): _____
보증인 번호 (해당 시): _____
주소: _____
도시 / 주 / 우편번호: _____
전화번호: _____

가구 정보

가구원 수: _____
(본인, 배우자/파트너, 세금상 부양 자녀 포함)

최근 세금 신고서에 따른 부양가족 목록:

이름 | 나이 | 관계

____ | ____ | ____
____ | ____ | ____

(필요 시 추가 페이지 첨부)

직장 정보

환자 직장: _____

직책: _____

배우자/파트너 직장: _____

직책: _____

가구 소득 정보

모든 성인 가구원의 현재 월 총 소득을 기재하세요:

1. 급여 / 임금: _____
2. 자영업 / 사업 소득: _____
3. 사회보장 / 장애 / 연금: _____
4. 기타 소득 (명시): _____

가구 월 총 소득: _____

제출 서류

자선 의료 지원 신청자:

- 모든 성인 가구원에 대해 다음 중 하나 제출:
 - o 최근 급여 명세서 (첫 청구일 전후 6개월 내)
 - o 최근 연방 세금 신고서 (첫 청구 연도 또는 그 이전 12개월)
 - o 가구 재정 지원 방법을 설명한 서명된 진술서 (세금 신고가 없는 경우)

할인/분할 납부 프로그램 신청자:

- 모든 성인 가구원에 대해 다음 중 하나 제출:
 - o 최근 급여 명세서 (첫 청구일 전후 6개월 내)
 - o 최근 연방 세금 신고서 (첫 청구 연도 또는 그 이전 12개월)

• 상충되는 정보 확인이 필요하지 않는 한, 병원은 여러 서류 제출을 요구하지 않습니다.

분할 납부 계획 정보

(할인/분할 납부 신청자만 해당)

- 병원은 가구 소득 및 필수 생활비를 기준으로 납부 계획 조건을 협상합니다.
- 합의가 이루어지지 않으면, 병원은 월 납부액이 가구 월 소득의 **10%**를 초과하지 않는 합리적인 분할 납부 계획을 제공합니다 (필수 생활비 제외).

확인

제공한 정보가 완전하고 정확함을 확인합니다. 소노마 벨리 병원은 자격 여부를 확인하기 위해 추가 서류를 요청할 수 있음을 이해합니다. 이 신청서 제출은 승인 보장을 의미하지 않습니다.

환자 또는 보증인 서명: _____ 날짜: _____
배우자/파트너 서명: _____ 날짜: _____

제출처

소노마 벨리 병원 – 환자 회계/재정 지원 부서
347 Andrieux Street
Sonoma, CA 95476

전화: 707-935-5325 | 팩스: 707-935-5319