

친애하는 환자분께,

Northeast Hospital Corporation, Winchester Hospital, and Lahey Clinic Hospital, Inc.에 대한 재정지원신청서를 첨부하오니, 모두 기입하시고 필요한 서류와 함께 보내주시기 바랍니다. 불완전한 신청서는 재정적 지원을 거부할 수 있습니다.

신청서 반환 마감일은 재정 지원이 요청된 서비스의 첫 청구 명세서 발급일로부터 240일입니다.

Northeast Hospital Corporation, Winchester Hospital, and Lahey Clinic Hospital, Inc.와 그 계열사는 의료 서비스가 필요한 환자가 보험에 가입하지 않았거나, 정부 프로그램에 가입할 자격이 없거나, 개인 재정 상황에 따라 의료적으로 필요한 진료비를 지불할 수 없는 환자에게 재정 지원을 제공하는 데 전념하고 있습니다.

궁금하신 점이 있으시면 아래 번호로 금융 상담팀에 문의하시기 바랍니다.

감사합니다.

다음 위치로 응용 프로그램 되돌리기:

금융 상담  
Department Lahey Hospital & Medical Center  
41 Mall Road  
Burlington MA 01803  
781-744-8815

# 의료적 곤란에 대한 재정적 지원 신청서

## 프린트하기

오늘 날짜: \_\_\_\_\_ 사회보장# \_\_\_\_\_

의료 기록 번호: \_\_\_\_\_

환자 이름: \_\_\_\_\_

환자 생년 월일 \_\_\_\_\_

주소: \_\_\_\_\_

로 동 호

도시명

주

우편번호

병원 서비스를 받을 당시 환자는 건강보험이나 의료보장 제도에 가입되어 있었습니까? 네  아니요   
"예"인 경우 보험증 사본(앞과 뒤)을 첨부하고 다음을 완료합니다.

보험회사 이름: \_\_\_\_\_ 보험 증권 번호: \_\_\_\_\_

유효 날짜: \_\_\_\_\_ 보험회사 전화번호: \_\_\_\_\_

참고: HSA(Health Savings Account 건강 저축 계좌), HRA(Health Reimbursement Account 건강 보상 계좌), FSA(Flexible Spending Account 유연한 지출 계정) 또는 가족 의료 비용으로 지정된 유사한 기금이 설정된 경우에는 재정 지원이 적용되지 않을 수 있습니다. 기성 기금에서 지급해야 지원금을 받을 수당을 지불할 수 있습니다.

## 의료 서비스 지원을 신청하려면 다음을 작성하세요:

환자, 부모, 자녀 및/또는 형제자매, 자연적 또는 입양된 18세 이하의 집에 사는 모든 가족을 나열합니다.

가족 구성원	나이	환자와의 관계	수입원 또는 고용주 이름	월 소득
1.				
2.				
3.				
4.				

의료적 어려움에 대한 지원 신청 외에도 이 신청에는 다음의 문서가 더 첨부되어야 합니다:

- 주 또는 연방 소득세 신고서
- 현재 양식 W2 및/또는 양식 1099
- 최근 4개의 급여 명세서
- 최근 4개의 당좌 예금 내역서
- 건강 저축 계좌
- 의료 보험 약정
- 신축성 지출 계정

- 모든 의료비 청구서 복사본

이러한 문서들이 제공되지 않을 경우, (781) 744-8815번으로 금융 상담팀에 전화하여 제공할 수 있는 다른 문서에 대해 논의하시기 바랍니다.

모든 의료 부채를 나열하고 지난 12개월 동안 발생한 청구서의 사본을 제공:

서비스 날짜	서비스 위치	지불 금액
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

의료비를 지불하는 것이 왜 어려운지에 대해 간략하게 설명해 주십시오:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

아래 서명에 의해, 저는 신청서에 제출된 모든 정보가 제 지식, 정보, 신념에 대한 최선의 진실임을 증명합니다.

신청자 서명: \_\_\_\_\_

환자와의 관계: \_\_\_\_\_

완료 날짜: \_\_\_\_\_

적격성에 대한 결정을 위해 완료된 신청서를 접수한 날로부터 30일을 허용해 주십시오.

지원 대상일 경우 승인일로부터 6개월 동안 지원이 제공되며, 해당 금융 지원 정책의 부록 5에 명시된 모든 베스 이스라엘 레이히(Beth Israel Lahey Health) 건강 계열사에 대해 유효합니다.

- Anna Jaques Hospital
- Addison Gilbert Hospital
- BayRidge Hospital
- Beth Israel Deaconess Medical Center-  
Boston
- Beth Israel Deaconess Milton
- Beth Israel Deaconess Needham
- Beth Israel Deaconess Plymouth
- Beverly Hospital
- Lahey Hospital & Medical Center,  
Burlington
- Lahey Medical Center, Peabody
- Mount Auburn Hospital
- New England Baptist Hospital
- Winchester Hospital

Staff Only.	
Application Received by:	
AJH	<input type="checkbox"/>
AGH	<input type="checkbox"/>
BayRidge	<input type="checkbox"/>
BIDMC	<input type="checkbox"/>
BID Milton	<input type="checkbox"/>
BID Needham	<input type="checkbox"/>
BID Plymouth	<input type="checkbox"/>
Beverly	<input type="checkbox"/>
LHMC	<input type="checkbox"/>
LMC Peabody	<input type="checkbox"/>
MAH	<input type="checkbox"/>
NEBH	<input type="checkbox"/>
WH	<input type="checkbox"/>
Date Received:	

