

안녕하세요.

Rehabilitation Hospital of the Pacific(REHAB)은 추구하는 사명과 가치에 따라, 의학적으로 재활 의료 서비스가 필요하나 개인적 재정 상황에서 그 비용을 지불할 수 없는 환자에게 재정 지원을 제공하기 위해 최선을 다하고 있습니다. 저희 재정 지원 프로그램 하에서 자격 요건을 충족하는 비보험자 및 일부 보험 환자는 의학적으로 필요한 적격 치료에 대한 비용 지불에 도움이 되는 재정 지원을 받을 수 있습니다.

REHAB의 재정 지원 프로그램은 재정 지원 정책(FAP)에 설명된 대로 적격 서비스에만 적용됩니다. REHAB 이외의 제공자가 REHAB 지역에서 제공하는 서비스는 FAP의 적용 대상이 아니며 환자에게 별도로 청구될 수 있습니다.

미국 시민이거나 하와이에 영구적으로 거주하는 합법적 외국인 체류자여야 자격이 있습니다. 귀하의 가족 자산과 소득을 검토하여 재정 지원 제공에 대한 정책 지침을 충족하는지 여부를 살펴볼 것입니다. 충족하면 REHAB 청구액이 할인됩니다. 실제 할인 금액은 귀하의 가족 소득에 따라 달라집니다.

신청하려면 이 재정 지원 신청서 항목을 모두 작성하십시오. 귀하의 응답을 증빙하는 최신 서류를 신청서에 첨부해야 합니다. **재정 지원-서류 점검표**(첨부)에 요청된 정보가 자세히 나와 있습니다.

귀하가 저희와 공유하는 정보는 이 신청서 용도로만 사용될 것입니다. 또한 기밀 정보로 취급됩니다.

작성된 신청서와 증빙 서류 사본을 REHAB Hospital 1 층에 있는 환자 재정 서비스 부서에 제출하거나 다음 주소로 우편 발송해 주십시오.

Rehabilitation Hospital of the Pacific
ATTN: Patient Financial Services
226 North Kuakini Street
Honolulu, HI 96817

궁금한 점이 있으면 (808) 544-3340 번으로 REHAB의 환자 재정 서비스 부서에 문의하십시오.

재정 지원 - 서류 점검표

신청서 제출 시, 재정 지원 신청서 증빙에 필요한 다음 서류의 사본(해당하는 경우)을 첨부하십시오.

- 운전 면허증, 출생 증명서 및/또는 기타 사진이 붙어 있는 신분증이나 외국인 등록증
- 가장 최근의 연방 및 주 소득세 신고서
- 가족 소득을 보여주는 서류. 다음을 포함합니다.
 - 급여 명세서 또는 w-2
 - 사회 보장 명세서 또는 지급 증명서
 - 공적 자금 지원을 보여주는 서류 또는 지급 증명서
 - 실업 수당에 대한 피보험자 자격 결정 통지서
 - 산재 보상금 지급 증명서
 - 연금/퇴직 수당 월별 명세서
 - 참전 유공자 수당 월별 명세서
 - 자녀 양육비 또는 위자료 지급 증명서
 - 임대 소득에 대한 월별 명세서
- 가족 병원비 미납 금액을 보여주는 다른 병원, 의사, 실험실 등의 최근 명세서
- 가족 유동 자산을 보여주는 서류. 다음을 포함합니다.
 - 잔고, 이자 소득 및 배당금을 보여주는 금융 기관의 월별 명세서
 - 기타 가족 유동 자산을 보여주는 서류
- 하와이 주에서 제출한 Medicaid 신청서 및 승인/거부 통지서

위 서류 중 아무것도 제출할 수 없으면 이러한 서류를 제출하지 못하는 이유에 대한 서면 설명서를 작성된 신청서와 함께 제공하십시오.

환자 정보			
환자 이름:	사회 보장 번호:	생년월일:	환자/보증인 집 전화:
보증인 이름:	사회 보장 번호:	생년월일:	환자/보증인 휴대폰:
환자/보증인의 영구 주소지:		미국 시민: <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	환자/보증인 이메일:
가구에 속한 가족 구성원			
이름:	관계:	생년월일:	사회 보장 번호:
이름:	관계:	생년월일:	사회 보장 번호:
이름:	관계:	생년월일:	사회 보장 번호:
이름:	관계:	생년월일:	사회 보장 번호:
고용 정보			
환자/보증인의 고용주 및 주소:		직책:	
배우자의 고용주 및 주소:		직책:	
가족 유동 자산: 모든 가족 구성원의 총 유동 자산 목록(증빙 서류 사본 첨부 필수)			
은행/CU 당좌 예금 계좌: \$	은행/CU 저축 예금 계좌: \$	단기 금융 시장 계좌: \$	현금 보유액: \$
투자(주식/채권): \$	기타(구체적으로): \$	기타(구체적으로): \$	기타(구체적으로): \$
가족 소득: 모든 가족 구성원의 총 소득 목록(증빙 서류 사본 첨부 필수)			
임금/급여: \$	사회 보장: \$	공적 지원/실업: \$	산재 보상: \$
연금/퇴직: \$	임대: \$	자녀 양육비/위자료: \$	참전 유공자 수당: \$
기타(구체적으로): \$			
가족 의료비: 모든 가족 구성원의 총 의료비 목록(증빙 서류 사본 첨부 필수)			
제공자(병원/의사/실험실):	채무 금액: \$	서비스 유형:	서비스 연/월:
제공자(병원/의사/실험실):	채무 금액: \$	서비스 유형:	서비스 연/월:
제공자(병원/의사/실험실):	채무 금액: \$	서비스 유형:	서비스 연/월:
추가 정보			
Medicaid 또는 기타 재정 프로그램에 신청했습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	신청한 경우, 신청일: _____	
신청 결과(구체적으로): _____			
REHAB 에서 받는 서비스와 관련하여 미결된 소송, 합의, 지원금이 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요		
설명: _____			

지원자 진술서: 본인은 상기 정보가 본인이 아는 한 진실되고 정확함을 증명합니다. 본인은 제공된 모든 정보를 REHAB 가 확인할 수 있음을 알고 있습니다. 본인은 어떤 정보든 거짓으로 드러날 경우, REHAB 의 재정 지원을 받을 자격이 없어지며 제공받은 서비스에 대한 요금을 지불할 책임을 지게 됨을 알고 있습니다.

본인은 REHAB 청구액을 지불하기 위해 본인에게 자격 있는 재정 지원을 신청함으로써(Medicaid/Quest 신청 포함) REHAB 에 전적으로 협조한다는 데 동의합니다. 본인은 재정 지원을 신청하기 전에 다른 모든 보험 및 제 3 자 지불 출처를 청구액에 적용해야 함을 알고 있습니다. 본인은 합의, 판결, 보험 등 이 청구액에 적용되는 모든 출처의 금액을 REHAB 에 할당하거나 지불할 것입니다.

본인은 이 재정 지원이 REHAB 가 제공하는 의학적으로 필요한 적격 서비스에만 해당함을 알고 있습니다. 또한 본인은 REHAB 가 언제든지 어떤 이유로든 재정 지원 범위를 철회할 수 있음을 알고 있습니다.

이름(정자): _____ 서명: _____ 신청일: _____ 환자와의 관계: _____