

환자 여러분. 안녕하십니까.

건강 관리 요구를 충족하는 **Hawai'i Pacific Health** 을 선택해 주셔서 감사합니다. 당원의 재정 지원 프로그램은 환자와 그 가족을 대상으로 본 시설에서 또는 **Hawai'i Pacific Health** 의사가 제공하는 의료 서비스에 대한 의료비를 지원합니다.

의학적으로 필요한 서비스를 받는 **Hawai'i** 주 거주자 또는 응급 치료를 받는 비거주자는 다음 기준에 따라 재정 지원을 받을 수 있습니다.

- 해당 가구 소득이 **Hawai'i** 주 현재 연방 빈곤 가이드라인(FPG) 기준 **400%** 이하로 떨어질 경우.
- 해당 가구 소득이 **400%** 한도를 초과하고 환자 잔고가 가구 소득과 유동 자산을 결합한 **15%**를 초과할 경우에는 의료비 부족 환자로 간주되어 재정 지원을 받을 수 있습니다. 해당 소득과 자산의 모든 형태를 공개해야 합니다.
- 완전한 재정 지원 신청서를 **Hawai'i Pacific Health** 에 제출하고 제 3 자 자금을 확보하려면 **Hawai'i Pacific Health** 와 협력해야 합니다.

재정 지원을 신청하려면 동봉된 재정 지원 신청 양식을 작성하여 동봉된 체크리스트에 기재된 필요한 서류의 사본과 함께 제출하시기 바랍니다.

작성된 재정 지원 신청서 및 필요한 증빙 서류 발송처:

**Hawai'i Pacific Health**  
Attn: Financial Assistance Team  
888 S. King Street, Tube 31  
Honolulu, HI 96813

궁금한 사항은 고객 서비스 센터(522-4013: O'ahu, 245-1119: Kaua'i)로 전화하시거나 수신자 부담 전화(1-866-266-3935)로 연락하시기 바랍니다.

감사합니다.

이름  
부서

동봉 자료

## 재정 지원 - 서류 체크리스트

해당 신청서에는 신청자에게 적용되는 다음 서류 중 모두에 대한 사본이 포함되어야 합니다. 복사 또는 반환되지 않으므로 원본이 아닌 사본을 첨부해 주십시오. 서류 중 어느 하나가 누락된 경우 해당 신청서의 처리가 지연됩니다.

**재정 지원 신청서에 기재된 모든 가족 구성원에 대한 정보를 제공해 주시기 바랍니다. 가족 구성원은 출생, 결혼, 입양 및 동거를 기준으로 관련이 있는 자를 말합니다.**

- 소득 확인
  - 임금(급여)
    - 지난 3달 동안 급여 내역서
    - 가장 최근 W2
  - 자영업
    - GE 세금 양식
    - 스케줄 C 및/또는 손익 계산서
  - 사회 보장
    - 1099 양식
    - 미국 재무부에서 임금을 확인하는 수당 지급내역서 또는 은행 거래내역서
  - 실업
    - "피보험자 확인" 증명서
    - 증명서 발급이 안 될 경우 동봉된 소득 증명 양식(F3)을 신청자 본인과 실업자 상담소 모두가 작성해야 합니다.
  - 근로자 연금
    - 지난 3달 동안 급여 내역서
    - 수당 지급 증명서
  - 연금/퇴직금
    - 월간 수당이 기록된 급여 지급서 또는 내역서
  - 참전용사 수당
    - 월간 수당이 기록된 급여 지급서 또는 내역서
  - 임대/부동산
    - 스케줄 E
  - 아동 지원
    - 소득액이 표시된 수당 지급서 또는 법원 서류
  - 재정 지원(복지 수당)
    - 소득액이 표시된 수당 지급서 또는 서류
- 가장 최근 작성된 세금 양식의 전체 사본
  - 취득 소득 및 불로 소득 1099 양식 모두에 대한 증빙 서류를 포함해야 함
- 전체 4506-T 양식(세금 환급 신청서 사본) <https://www.irs.gov/pub/irs-pdf/f4506t.pdf>
- 가족 구성원 또는 친구의 도움을 받는 경우 신청자 본인과 부양자 모두 동봉된 부양 또는 거주 증명 양식(F2)을 작성해야 합니다.
- Medicaid 및/또는 Quest 자격의 승인 또는 거부를 나타내는 서류.
- 상기 기재된 항목 중 어느 하나가 없으면 해당 항목을 제출하지 않은 사유를 설명하는 서명이 날인된 서류를 작성하여 제출하십시오.
- 작성 후 서명이 날인된 Hawai'i Pacific Health 재정 지원 신청서

## 재정 지원 신청서(F1)

<b>섹션 1: 환자 정보(정자로 기입할 것)</b>			
이름(성, 이름, 가운데 이니셜)	생년월일	계좌 번호	서비스 날짜

<b>섹션 2: 대금 청구/보증인 정보 책임자(정자로 기입할 것)</b>			
이름(성, 이름, 가운데 이니셜)		생년월일	사회 보장 번호(SSN)
주소	시	주	우편번호
혼인 여부 <input type="checkbox"/> 독신 <input type="checkbox"/> 결혼 <input type="checkbox"/> 이혼 <input type="checkbox"/> 기타: _____		연방 세금 환급을 신청하십니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 '아니오'라고 답한 경우 그 이유는? _____	
		기타 연락처	

<b>섹션 3: 가족 정보(해당 가구에 거주하는 모든 가족 구성원 기재) 더 많은 공간이 필요하면 페이지 뒷면에 계속 작성할 것</b>				
가족 구성원 이름	생년월일	사회 보장 번호(SSN)	환자와의 관계	이 사람은 연방 세금 환급에 기재되었습니까?
1.				<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
2.				<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
3.				<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
4.				<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
5.				<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
6.				<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오

<b>섹션 4: 경비(모든 가족 구성원에 대한 월별 비용 기재)</b>		
임대: \$	대출: \$	기타 총 지출: \$

<b>섹션 5: 월간 총 소득(모든 가족 구성원에 대한 세전 소득)</b>			
임금(급여)	근로자 연금	임대/부동산	기타 수입
사회 보장	연금/퇴직금	아동 지원	출처:
실업	참전용사 수당	재정 지원(복지 수당)	금액:

본인은 Hawaii Pacific Health 가 본 신청서에 대한 Hawaii Pacific Health 의 평가와 관련하여 본 재정 지원 신청서에 포함된 재정 정보를 확인할 수 있음을 이해하고 여기에 본인의 서명을 날인함으로써 본 신청서에 기재된 본인의 고용주 또는 개인이 본 신청서에서 제공하는 정보에 대한 추가 정보를 인증 또는 확인할 수 있는 권한을 위임합니다. 본인은 이 신청서에 기재된 내용이 본인이 그렇게 알고 믿는 한 진실이고 정확하며 선한 의도를 가지고 작성했음을 증명합니다. 본인은 이 신청서에 대한 위조 또는 정보의 허위 진술이 있을 경우 재정 지원이 거부될 수 있다는 사실을 알고 있습니다.

본인은 또한 일부 의사와 의료 제공자가 Hawai'i Pacific Health 소속 직원이 아닐 수 있음을 이해합니다. 본인은 해당 제공자로부터 별도의 요금을 청구 받을 수 있으며 이 재정 지원 신청서는 해당 잔고에 대한 금액을 지급하는 데 사용되지 않는다는 사실을 이해합니다.

환자/보증인 서명

날짜

이름 정자

환자와의 관계

## 부양 및/또는 거주 증명 양식(F2) 환자 재정 지원 신청서

모든 종류의 지원을 받을 경우에는 신청자 본인과 해당 부양자 모두 이 양식을 작성해야 합니다. 여러 명으로부터 지원을 받고 있다면 해당 부양자 모두 이 양식의 "파트 B"를 작성해야 합니다.

**파트 A:** 환자/보증인 작성란:

본인 \_\_\_\_\_의 현재 거주지는 다음과 같음을 증명합니다.  
(환자/보증인 이름)

\_\_\_\_\_ (주소)

본인의 부양자 이름: \_\_\_\_\_ (부양자 이름) \_\_\_\_\_ (관계)

부양자의 제공 품목: (해당 항목 모두 표시)

주택  음식  현금  기타 일상 경비

\_\_\_\_\_ 환자/보증인 서명

\_\_\_\_\_ 날짜

**파트 B:** 부양자 작성란:

본인 \_\_\_\_\_이(가) 제공하는 대상은  
(부양자 이름)

\_\_\_\_\_, 이고 다음 품목을 제공함을 증명합니다.  
(환자/보증인 이름)

(해당 항목 모두 표시)

주택  음식  현금  기타 일상 경비

현금인 경우 제공된 총액: \_\_\_\_\_ (이번 달) \_\_\_\_\_ (금액)

\_\_\_\_\_ (지난 달) \_\_\_\_\_ (금액)

\_\_\_\_\_ (두 달 전) \_\_\_\_\_ (금액)

\_\_\_\_\_ 부양자 서명

\_\_\_\_\_ 날짜

**파트 B II:** 부양자 작성란:

본인 \_\_\_\_\_ 이(가) 제공하는 대상은  
(부양자 이름)

\_\_\_\_\_, 이고 다음 품목을 제공함을 증명합니다.

(환자/보증인 이름)

(해당 항목 모두 표시)

[ ] 주택 [ ] 음식 [ ] 현금 [ ] 기타 일상 경비

현금인 경우 제공된 총액:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(이번 달)

(금액)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(지난 달)

(금액)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(두 달 전)

(금액)

\_\_\_\_\_

부양자 서명

\_\_\_\_\_

날짜

**파트 B III:** 부양자 작성란:

본인 \_\_\_\_\_ 이(가) 제공하는 대상은  
(부양자 이름)

\_\_\_\_\_, 이고 다음 품목을 제공함을 증명합니다.

(환자/보증인 이름)

(해당 항목 모두 표시)

[ ] 주택 [ ] 음식 [ ] 현금 [ ] 기타 일상 경비

현금인 경우 제공된 총액:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(이번 달)

(금액)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(지난 달)

(금액)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(두 달 전)

(금액)

\_\_\_\_\_

부양자 서명

\_\_\_\_\_

날짜

## 실업 소득 확인 양식(F3) 환자 재정 지원 신청서

실업 수당을 받을 경우 이 양식은 해당 재정 지원 프로그램에 대한 자격 여부를 결정하기 위해 작성해야 합니다. 이 양식의 파트 A를 작성하시고 파트 B는 실업 사무소 소속 공인 대리인이 작성하게 하십시오.

**파트 A:** 실업 수당 수령자 작성란

이름: \_\_\_\_\_ 사회 보장 번호(SSN): \_\_\_\_\_

주소: \_\_\_\_\_ 전화번호: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

본인은 본인의 실업 수당에 관하여 Department of Labor & Industrial Relations, Unemployment Insurance Division에서 정보를 공개하는 데에 동의합니다. 이 정보는 Hawaii Pacific Health의 재정 지원 프로그램에 대한 자격을 결정하기 위한 목적으로 사용됩니다.

\_\_\_\_\_  
실업 수당 수령자 서명

\_\_\_\_\_  
날짜

**파트 B:** \_\_\_\_\_ 주

Department of Labor & Industrial Relations, Unemployment Insurance Division 담당자 작성란입니다.

실업 수당 정보

주급 수당액: \_\_\_\_\_

최대 수당 자격: \_\_\_\_\_

수령 시작 년: \_\_\_\_\_

수령 종료 년: \_\_\_\_\_

정자 이름: \_\_\_\_\_

지급: \_\_\_\_\_

연락처: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
담당자 서명

\_\_\_\_\_  
날짜