

귀하의 계좌에 대한 상담 및 재정 지원에 대해 문의하기 위해 유타 보건대학 청구 사무소에 연락해주셔서 감사합니다.

계속 진행하시려면, 본 페이지 하단의 주소로 다음 서류를 보내주시기 바랍니다.

- 작성이 완료된 재정신청서(동봉)
- 귀하의 현재 재정 상태를 설명하는 편지
- 3개월분 입출금 명세서 사본
- W-2를 포함한 전년도 연방소득세 신고서 전체 사본
- 최근 두 번의 급여지급주기의 급여명세서 및/또는 기타 소득 증빙자료 사본

귀하가 이러한 문서의 전부 또는 일부를 공개할 의무는 없습니다. 그러나 해당 정보가 없으면 유타 보건대학은 귀하가 지원받을 자격이 있는지 판단할 수 없으며, 귀하의 잔액을 조정하는 것이 불가능하며 귀하의 계좌에서 징수되는 것을 방지할 수 없습니다.

서류는 본 서신의 날짜로부터 30일 이내에 접수되어야 합니다. 해당 기한까지 서류가 접수되지 않으면 징수 활동을 재개할 예정입니다. 해당 문서 중 하나 이상을 제공할 수 없는 경우, 해당 문서를 포함할 수 없는 사유를 편지에 동봉해주시오.

필요한 서류가 제출되면 전체 또는 부분적인 재정 지원을 받을 자격이 있는지 결정하기 위한 검토가 완료됩니다. 신청서 접수 후 30일 이내에 검토 결과를 알려드립니다. 추가로 문의할 사항이 있으시면, 아래 번호 중 하나로 연락하여 고객 서비스 담당자에게 문의하십시오.

감사합니다.

청구 담당자
유타 보건대학(University of Utah Health)
801-587 - 6303 (유타 내에서 연락 시)
800-862 - 4937 (유타 외부에서 연락 시)

소득

소득 유형	책임 당사자의 총소득	배우자의 총소득	필요한 증빙서류
근로 - 총액	\$	\$	<input type="checkbox"/> 3개월분 입출금 명세서 사본 <input type="checkbox"/> W-2를 포함한 전년도 연방소득세 신고서 전체 사본 <input type="checkbox"/> 최근 두 번의 급여지급주기의 급여명세서 및/또는 기타 소득 증빙자료 사본
자영업 - 총액	\$	\$	<input type="checkbox"/> 3개월분 입출금 명세서 사본 <input type="checkbox"/> W-2를 포함한 전년도 연방소득세 신고서 전체 사본 <input type="checkbox"/> 손익보고서
연금, 퇴직금, IRA, 401K, 사회보장연금	\$	\$	<input type="checkbox"/> 연금/퇴직 명세서 및/또는 사회보장연금 수급증서 제공
실업, 장애 소득 등	\$	\$	<input type="checkbox"/> 실업 또는 장애 수당 수급증서 제공 <input type="checkbox"/> 3개월분 입출금 명세서
자녀 양육비, 이혼 수당	\$	\$	<input type="checkbox"/> 3개월분 입출금 명세서
기타(출처 기재):	\$	\$	<input type="checkbox"/> 소득원에 대한 설명이 포함된 3개월분 은행 명세서 제공

자산

유형	금융기관	총계
현금		\$
보통 예금		\$
당좌 예금		\$
주식 또는 채권		\$
기타:		\$

미납된 모든 의료부채 목록

계좌 #	제공자명	원래 잔액	현재 잔액	월 납부금
		\$	\$	\$
		\$	\$	\$
		\$	\$	\$
		\$	\$	\$

현재 상환해야 하는 모든 부채 목록

채권자, 부채 유형(신용카드, 개인대출)	월 납부금	현재 잔액
	\$	\$
	\$	\$
	\$	\$
	\$	\$
	\$	\$

	\$	\$
--	----	----

저희는 재정 지원을 신청하는 모든 환자에게 다른 자금조달 수단을 시도할 것을 요청합니다.

‘예’ 또는 ‘아니오’를 선택하세요.

귀하의 고용주 또는 배우자의 고용주가 단체의료보험을 제공합니까?

	예		아니오
	예		아니오
	예		아니오
	예		아니오
	예		아니오
	예		아니오
	예		아니오
	예		아니오

Allstate, AFLAC 등과 같은 다른 유형의 보험이 있습니까?

해당하는 경우, 보험 회사를

기재해주시시오:

해당하는 경우, 보험 회사를

기재해주시시오:

건강 예금 계좌 / 플렉서블 스펠딩 계좌(FSA)가 있습니까?

고용주가 공제액 또는 의료비를 상환합니까?

메디케이드(Medicaid, 저소득층 의료보장)를 거부당하셨습니까?

주(state) 지원 프로그램을 신청하셨습니까?

귀하는 이전 고용주를 통해 COBRA 지원을 받을 자격이 있습니까?

가족 또는 교회에서 받는 지원이 있습니까?

해당하는 경우, 메디케이드 거부서 사본을 첨부하십시오.

예시: CHIP, PCN, 범죄 피해자 등

**가족 또는 친구가 도움을 제공하는 경우, 지원 방법을 설명하는 지원자의 편지가 필요합니다.*

아래에서 귀하의 재정 상황을 설명해주세요. 귀하의 상황을 비롯하여 귀하가 의료부채를 지급할 수 없는 상황을 이해하기 위해 저희가 알아야 할 모든 것을 포함하여 작성해주세요. 작성공간이 부족한 경우 용지를 별도로 첨부할 수 있습니다.

신청인의 서명

나는 본 신청서에 포함된 정보가 본인이 아는 한 진실하고 완전함을 증명하며, 선서하고 진술할 의사가 있습니다. 나는 또한 재원을 확인하기 위해 신용조사기관 보고서를 활용할 수 있음을 이해합니다.

서명(책임 당사자)

날짜

서명(배우자)

날짜

모든 서신을 다음 주소로 보내주십시오.

University of Utah Health
Billing Office
PO Box 841482
Los Angeles, CA 90084-1482
이메일: billing@healthcare.utah.edu
팩스: 801.213.3385

개인정보보호법 고지: 유타 보건대학(University of Utah Health)은 보험회사, 메디케이드, 메디케어 또는 산업위원회와 같은 지급자에게 해당 정보를 제공하지만, 문서 일치 여부 확인, 신원 확인, 병력 추적, 약물 알레르기 및 사전 병력, 부채 징수와 같은 일상적인 사용에 대해서는 사회보장번호를 기밀로 유지합니다. 귀하의 사회보장번호 공개는 자발적이지만, 감면 수혜 자격을 결정하고 신용거래 연장을 위해 필요합니다. 지급자가 귀하의 사회보장번호를 식별자로 사용하는 경우, 사회보장번호를 공개하지 않으면 보장 서비스에 대한 지급이 지연되거나 거부될 수 있으며, 이러한 서비스에 대한 비용이 청구될 수 있습니다. 이러한 목적을 위해 귀하의 동의하에 사회보장번호가 사용됩니다.

유타 보건대학은 적용되는 연방 시민권을 준수하며 인종, 피부색, 출신 국가, 연령, 장애 또는 성별에 근거하여 차별하지 않습니다.