

INOVA 재정지원

날짜 (Date) ____ / ____ / ____

IAH IFH IMVH IFOH ILH

환자 (Patient) _____

의료기록번호 (MRN) _____

환자/보호자 귀하:

저는 당신의 **Inova** 재정지원서 양식을 받았습니디. 당신의 신청서를 처리하기 위해서는 다음 정보가 필요합니다.

지정된 문서를 준비하십시오: (당신에게 해당되는 곳 모두에 선택하세요. 사본만 필요하며, 원본은 필요하지 않습니다)

- 본인, 배우자 또는 동거 파트너의 2018년 연방 소득환급 신고서 **사본****
(당신의 세금 - 1040 양식에서, 처음 2쪽만 보내시기 바랍니다)
- 본인, 배우자 또는 동거 파트너 2명의의 현재 급여 명세서 **사본**.**
- 급여를 현금으로 지급받는다면 **고용주**에게서 당신의 임금과 시간당 급여, 고용주 이름, 주소, 전화번호를 확인하는 **공증서류**를 발급받으세요.
- 가구 구성원/가족** 가운데 누구에 의해서라도 받는 **기타 모든 종류의 소득 증명**
--- 실업, 사회보장, 장애, 퇴직, 아동 부양금 또는 별거수당.
- 보조 확인서(당신 또는 파트너가 일을 하지 않을 경우) (공증 필요)
- 거주 증명서(서비스일 이전 9개월간)
- 자진 소득신고서 (당신의 회계사에게서 받거나 당신이 작성하여 공증받은 문서로서 연초부터 지금까지 소득을 제출합니다)
- 기타

요청받은 서류를 제출하지 못할 시 결과적으로 당신의 신청서는 반려될 것이며 당신은 나머지 금액에 대해서는 계속 책임을 지게 됩니다.

어떠한 질문이라도 있는 경우, 또는 요청받은 문서 수집에 더 많은 시간이 필요할 경우, **571-423-5880**에 전화하시기 바랍니다.

확인서를 팩스로 보내고 싶다면, 저희 팩스 번호 **571-423-5886**을 이용하세요.

**** 소득 확인서와 가족 규모가 접수된 이후에는, 계좌 처리를 위하여 30일간 기다리셔야 합니다****
===== **중요한 내용입니다!** =====

이 용지에 문서를 첨부하여 **15일 이내**에
다음 주소로 **우편발송**하십시오:

INOVA Health System
Financial Aid Office
2990 Telestar Court, 1st floor
Falls Church, VA 22042

작성된 양식 제출처:

Inova
2990 Telestar Ct. Falls Church, VA 22042

Patient Accounts
Financial Assistance Form

환자 계정
재정보조 양식

의료기록 / 보증인 #		서비스 날짜			계좌번호						
환자의 성명 - 성		이름			M.I.	사회보장 번호			환자의 생년월일		
주소		아파트동호수		시티		주		우편번호			
당신이 이 주소에서 거주한 기간은 얼마나 됩니까?									집 전화번호		
고용주의 이름			고용주 전화번호			가족 구성원의 수			임신중?		
가족 구성원(들) 이름		생년월일	사회보장 번호	성별	관계	가족 구성원(들) 이름		생년월일	사회보장 번호	성별	관계
1.		/	/	/		3.		/	/	/	
2.		/	/	/		4.		/	/	/	

가족 소득의 소득원과 금액은 얼마입니까? (환자와 배우자, 그리고 미성년자라면 부모에게서 비롯되는 모든 임금/급여/소득을 모두 포함하세요)

1. 임금	\$	소득 코드에 동그라미를 치세요				8. 기타	\$	소득 코드에 동그라미를 치세요			
2. 기타 급여	\$	W	2W	M	A		\$	W	2W	M	A
3. 일반 구제	\$	W	2W	M	A	1. 생활보조금	\$	W	2W	M	A
4. 사회보장/사회보장 장애	\$	W	2W	M	A	2. 학생 근로장학금 대출/장학금	\$	W	2W	M	A
5. 피부양 어린이 보조금	\$	W	2W	M	A	3. 연방 보조금	\$	W	2W	M	A
6. 별거수당/자녀 양육비	\$	W	2W	M	A	4. 기타	\$	W	2W	M	A
7. 실업급여	\$	W	2W	M	A			W	2W	M	A

소득 코드: W = 주1회 2W = 격주 M = 월1회 A = 매년/연간

이번 방문의 용건: 동력장치 차량 사고 관련? 예 (Yes) 아뇨 (No) 직장에서 당한 상해 관련? 예 (Yes) 아뇨 (No)

위 진술 내용은 본인이 가진 최대한의 지식과 신념에 따라 진실되고 정확하게 작성했음을 확인합니다. 저는 병원이 소득증빙(신용보고서, 세금환급, 급여명세서, 장애결정서, 등)을 요구할 것임을 이해하며, Equifax 신용 담당국 그리고/또는 사회 서비스 기관에게 이 신청절차 작성에 필요한 정보 공개 권한을 부여합니다. 또한, 저는 저의 병원 부담금을 지불할 수 있는 것으로 보이는 모든 보조금(메디케어, 메디케어, 보험, 등)에 대해 신청서를 작성할 것입니다. 저는 이러한 보조금을 받는데 필요한 합당한 조치를 취할 것이며, 이렇게 확보된 지원금 금액을 병원이 되찾을 수 있도록 지정하거나 이를 지불할 것입니다. 제가 제공한 정보 가운데 어느 것이라도 진실하지 않다면, 병원이 저의 재정 상태를 재평가할 수 있으며 이에 따른 여하한 적절한 행동을 취할 수 있음을 이해합니다.

증빙 서류는 15일 이내에 제출해야 하며, 이로써 이 신청서를 검토할 수 있습니다.

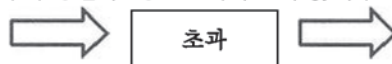
신청인 서명: _____ 신청 날짜: _____

계산 가능한 전체 소득: \$ _____

이곳에는 쓰지 마세요. 담당자만 사용하는 난입니다 계산 가능한 전체 소득: \$ _____

	100%	250%	400%	500%
1	\$12,490	\$31,225	\$49,960	\$62,450
2	\$16,910	\$42,275	\$67,640	\$84,550
3	\$21,330	\$53,325	\$85,320	\$106,650
4	\$25,750	\$64,375	\$103,000	\$128,750
5	\$30,170	\$75,425	\$120,680	\$150,850
6	\$34,590	\$86,475	\$138,360	\$172,950
7	\$39,010	\$97,525	\$156,040	\$195,050
8	\$43,430	\$108,575	\$173,720	\$217,150
9	\$47,850	\$119,625	\$191,400	\$239,250
10	\$52,270	\$130,675	\$209,080	\$261,350

참고: 가구 구성원이 8 명을 초과하는 가정/가구는 추가 1인당 \$4,320을 추가합니다.



실업 상태라면, 이전의 가족 전체 소득원과 금액을 아래에 작성하세요:

채취원: _____

금액: _____

<p>귀하의 수표계좌, 예금계좌, 예금증서, 그리고/또는 증권계좌의 총액은 얼마입니까?</p>	<p>전체 금액: _____</p>
<p>개인적인 퇴직연금 계정이 있습니까? (IRA, 401(k), 401(b), 키오)</p>	<p><input type="checkbox"/> 있습니다; 현재 가치는: _____ (Yes; the current value is) <input type="checkbox"/> 아뇨 (No)</p>
<p>소유한 자동차(들)가 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아뇨; <i>예</i> 라고 대답했다면: (Yes) (No; if Yes)</p> <p>#1 연식 _____ #2 연식 _____ #3 연식 _____ 제조사 _____ 제조사 _____ 제조사 _____ 모델 _____ 모델 _____ 모델 _____</p>	<p>#1 가치: \$ _____ 지불한 금액: \$ _____ 남은 금액: \$ _____ #2 가치: \$ _____ 지불한 금액: \$ _____ 남은 금액: \$ _____ #3 가치: \$ _____ 지불한 금액: \$ _____ 남은 금액: \$ _____</p>
<p>이자, 배당금 또는 투자금에서 나오는 소득을 받습니까?</p>	<p><input type="checkbox"/> 예; 전체 금액은: _____ (Yes; the total amount is) <input type="checkbox"/> 아뇨 (No)</p>
<p>귀하는 다음에 해당합니까? <input type="checkbox"/> 주택 자가소유 <input type="checkbox"/> 주택을 임차했습니까? (Own your home) (Rent your home?) 아니라면: 귀하는 어디에서 누구와 함께 거주합니까? _____</p>	<p>귀하가 소유한 경우: 현재 가치: \$ _____ 월간 지불금/임차료 \$ _____</p>
<p>9개월간 거주가 확인됨 <input type="checkbox"/> (9 Month Residency Verified)</p>	

Notice of Non-Discrimination

As a recipient of federal financial assistance, Inova Health System (“Inova”) does not exclude, deny benefits to, or otherwise discriminate against any person on the basis of race, color, national origin, sex, disability, or age in admission to, participation in, or receipt of the services or benefits under any of its programs or activities, whether carried out by Inova directly or through a contractor or any other entity with which Inova arranges to carry out its programs and activities.

This policy is in accordance with the provisions of Title VI of the Civil Rights Act of 1964, Section 504 of the Rehabilitation Act of 1973, the Age Discrimination Act of 1975, Section 1557 of the Affordable Care Act, and regulations of the U.S. Department of Health and Human Services issued pursuant to these statutes at 45 C.F.R. Parts 80, 84, 91 and 92, respectively.

Inova:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters
 - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:
 - Qualified interpreters
 - Information written in other languages

If you need these services, please let our staff know of your needs for effective communication.

If you believe that Inova has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance by calling 703.205.2175. You can file a grievance in person or by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, the Patient Relations staff is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201 1-800-868-1019, 800-537-7697 (TDD)

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

Interpreter Services are available at no cost to you. Please let our staff know of your needs for effective communication.

Spanish	Atención: Si usted habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia con el idioma. Por favor infórmele a nuestro personal sobre sus necesidades para lograr una comunicación efectiva.
Korean	알려드립니다: 귀하가 한국어를 구사한다면 무료 언어 도움 서비스가 가능합니다. 효과적인 의사전달을 위해 필요한 것이 있다면 저희 실무자에게 알려주시기 바랍니다.
Vietnamese	Chú ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ có sẵn miễn phí cho quý vị sử dụng. Xin vui lòng thông báo cho nhân viên biết nhu cầu của quý vị để giao tiếp hiệu quả hơn.
Chinese	注意: 如果你說中文, 可以向你提供免費語言協助服務。請讓我們的員工了解你的需求以進行有效溝通。
Arabic	انتباه: إذا كنت تتحدث العربية، تتوفر الخدمات المجانية للمساعدة في اللغة. يرجى إعلام فريق العمل باحتياجاتك من أجل الحصول على عملية تواصل فعالة.
Tagalog	Atensyon: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, mayroong magagamit na mga libreng serbisyong tulong sa wika para sa iyo. Mangyaring ipaalang sa aming mga kawani ang iyong mga pangangailangan para sa epektibong komunikasyon.
Farsi	توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می کنید، تسهیلات زبانی به صورت رایگان برای شما فراهم خواهد بود. به منظور برقراری ارتباط موثر، کارکنان ما را از نیازهای خود مطلع کنید.
Amharic	ትኩረት: አማርኛ የሚናገሩ ከሆነ ለእርስዎ የቋንቋ ድጋፍ አግልግሎቶች ከክፍያ በነጻ ይቀርብልዎታል። ውጤታማ የሆነ ኮሚኒኬሽንን የሚፈልጉ ከሆነ ሰራተኞቻችን እንዲያውቅ ያድርጉ።
Urdu	توجه: اگر آپ اردو بولتے ہیں تو، زبان امداد خدمات، مفت میں، آپ کو دستیاب ہیں۔ موثر مواصلت کے لیے برائے مہربانی ہمارے عملے کو اپنی ضروریات کے بارے میں بتلا دیں۔
French	Attention: Si vous parlez Français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Veuillez informer notre personnel de vos besoins pour assurer une communication efficace.
Russian	Внимание: Если вы говорите на русском языке, для вас доступны бесплатные услуги помощи с языком. Для эффективной коммуникации, пожалуйста, дайте персоналу знать о ваших потребностях.
Hindi	कृपया ध्यान दें : यदि आप हिन्दी बोलते हैं, तो आपके लिए नि:शुल्क भाषा सहायता सेवा उपलब्ध है। कृपया प्रभावी संचार-संपर्क हेतु अपनी आवश्यकताओं के बारे में हमारे कर्मचारियों को बताएं।
German	Achtung: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen kostenlose Service-Sprachdienstleistungen zu Ihrer Verfügung. Teilen Sie unserem Team bitte Ihre Wünsche für eine effektive Kommunikation mit.
Bengali	দৃষ্টি আকর্ষণ করুন : আপনি যদি বাংলা বলতে পারেন, তাহলে আপনার জন্য বিনামূল্যে ভাষা সহায়তা সেবা পাওয়া যাবে। অনুগ্রহ করে কার্যকরী যোগাযোগের জন্য আপনার প্রয়োজনীয়তার বিষয়ে আমাদের কর্মীদের জানান।
Kru (Bassa)	Tò Dùù Nòmò Dyiin Cáo: Ǿ jú ké ìm dyi Gòdǝ̀-̀wùdù̀ (Bàsò̀-̀wùdù̀) pò ní, níí, à bédé gbo-kpá-kpá bó wuǝ̀-dù kò-kò pò-nyò bě bíi nǝ̀ à gbo bó pídyi. M̩ dyi ǝ̀ dè mò nǝ̀ à gbo ní, m̩ me nyue bɛ́ à kùà-nyò bɛ̀ b̩ kée dýí dyuò, ké à kè mò kè mue jè cèin nòmò dýiin.
Ibo	Nrụbama: Ọ bụrụ na ị na asụ Igbo, ọrụ enyemaka asụsụ, n'efu, dijiri gi. Biko mee ka ndị ọrụ anyị mara mkpa gi maka nkwekọrịta ga-aga nke ọma.
Yoruba	Akiyesi: Bi o ba nsọ Yoruba, awọn iṣẹ iranlọwọ ede wa l'ọfẹ fun ọ. Ọwọ ọ jẹ ki ara ibiṣe wa mọ nipa awọn aini ẹ fun ibaraṅisọrọ ti o munadoko.