

Jefferson Health 는 자격이 있는 개인 및 가족에게 건강 관리를 위한 금융 지원을 제공합니다. 귀하의 재무적 요구 사항에 따라, 결제금 감면 또는 **Compassionate Care** 가 제공될 수 있습니다.

귀하는 다음에 해당하는 경우 금융 지원을 받을 수 있습니다.

- 제한적 건강 보험이 있거나 건강 보험이 없는 경우
- 정부 지원(예: Medicaid)의 자격이 없는 경우
- 재무적 필요성이 있음을 입증할 수 있는 경우
- 펜실베이니아, 뉴저지 또는 델라웨어 거주민인 경우
- 가정의 재무 상태와 관련하여 필요한 정보를 Jefferson 에 제공할 수 있는 경우

신청 절차 안내:

Jefferson Health Compassionate Care 프로그램의 신청 절차는 다음과 같습니다.

- 이 패킷의 Compassionate Care 신청 양식을 작성합니다.
 ---첨부된 체크리스트에 나열된 증빙 서류를 포함합니다.
 ---Jefferson Health 는 귀하의 소득, 자산(예: 은행 계좌, 주식, 채권 및 기타 투자) 및 가족 규모를 확인하고 귀하에게 제공되는 지원 수준을 결정합니다. Jefferson Health 는 연방 빈곤 가이드라인에 따른 차등제를 사용합니다.
 ---귀하는 치료를 보장하는 일부 유형의 보험 혜택에 대한 유자격 여부를 먼저 확인해야 합니다(예: 근로자 보상, 자동차 보험 및/또는 의료 지원). Jefferson Health 는 귀하께서 적절한 자원을 사용하도록 안내를 제공할 수 있습니다.
- 귀하의 신청서 검토 시, 결정이 내려지고 귀하께 해당 결정이 통지됩니다.
- Jefferson Health 는 Compassionate Care 에서 보장하지 않는 나머지 잔액에 대한 납부 계획을 준비할 수 있습니다.
- 이 프로그램은 Jefferson Health Hospital 잔액에 대해서만 제공되며 의사 서비스에는 적용되지 않을 수 있습니다.

신청 제출:

작성한 신청서 양식 및 소득 자료 사본을 서비스가 제공되는 시설의 주소로 우송해 주십시오.

서비스 지점:	Jefferson University/Jefferson Neurosciences/ Methodist Hospitals	Abington/ Lansdale Hospitals	Bucks/Frankford/Torresdale Hospitals
우편 주소:	Jefferson University Hospitals P.O. Box 785992 Philadelphia, PA 19178-5992 Attn: Financial Assistance Rep	Jefferson University Hospitals P.O. Box 785992 Philadelphia, PA 19178-5992 Attn: Financial Assistance Rep	Jefferson University Hospitals P.O. Box 785992 Philadelphia, PA 19178-5992 Attn: Financial Assistance Rep
전화번호:	833-958-2198; 옵션 1	833-958-2198; 옵션 2	833-958-2198; 옵션 3
팩스번호:	215-503-9163	215-481-3057	215-831-2330

KOREAN

JEFFERSON HEALTH COMPASSIONATE CARE 신청 가이드 - PA

JEFFERSON HEALTH COMPASSIONATE CARE

서류 체크리스트

귀하의 신청서에는 해당하는 다음의 모든 서류 사본이 포함되어야 합니다. Jefferson 은 신청서와 함께 우송된 서류를 반환하지 않으므로 **원본이 아닌 사본**을 첨부해 주십시오. 서류가 누락된 경우 귀하의 신청서 처리가 지연될 수 있습니다.

1. 소득이 있는 경우:

가구 소득 증명서를 첨부해 주십시오. 여기에는 다음이 포함될 수 있습니다.

- 모든 고용 가구원의 최근 삼십(30) 일에 대한 현재 및 연속 급여.
- 수여 서한: 사회보장연금, 연금, 실업, 근로자 보상
- 가장 최근의 IRS 양식 1040 및 W2 포함 적절한 스케줄의 전체 1040 세금 환급, 자영업자의 경우 스케줄 C(손익계산서) 포함 1099 및 직전연도의 1040 세금 환급.
- 고용주가 전화번호와 함께 서명 및 날짜를 기입한 시간급 또는 주급, 고용 날짜가 레터헤드에 명시된 고용주의 서한.
- 기타 서류 - I-20, 자녀 양육, 쉼터 서한, 재무 지원 서한(소득 증명을 이용할 수 없는 자세한 이유 설명) 후원자의 소득을 포함해 주십시오.

2. 소득이 없는 경우:

- 지원 서한을 보내 주십시오. 귀하를 지원하는 사람이 서한에 서명하고 서류는 공증을 받아야 합니다.

3. 가구 가용 현금 증명

다음에 대한 가장 최근 거래 내역서 첨부:

- 체킹 및/또는 세이빙 계좌
- 주식, 채권, 예금증서(CD), 높은 이자가 붙는 계좌 또는 연금
- 기타 모든 투자 자산, 부동산 포함
- 건강 저축계좌(HSA), 의료비 저축계좌(MSA), 유동성 지출계좌(FSA) 또는 의료비 환급계좌(HRA)

4. 의료 지원 거절 서한

- 초기 재무 선별 결과를 토대로, 귀하는 의료 지원을 신청해야 할 수 있으며 귀하의 거절 서한(PA 162) 사본을 전송하면 당사가 귀하의 신청을 승인할 수 있습니다.