재정 지원 신청서

재정 상담사:855-271-2416
팩스:253-680-3558

우편:
TRA Medical Imaging, Attention: Financial Aid
PO Box 1535
Tacoma WA 98401

MEDICAL IMAGING 은 사치가 아니라 필수입니다.

TRA Medical Imaging은 지불 능력과 관계없이 모든 환자를 치료하는 데 전념하고 있습니다. 저희는 현행 연방 빈곤 기준에 따라 재정 지원을 제공합니다. 이 프로그램을 이용하려면 수혜자는 먼저 개인 보험이나 Medicare와 같은 기존 의료 혜택을 활용해야 합니다. 이 프로그램은 민간 보험 및 Medicare 플랜의 "공제액" 또는 "공동 부담금"을 지원할 수 있습니다.

재정 지원에 관심이 있으시면, 이 신청서를 작성하시고 관련 서류와 함께 예약 시간 최소 48시간 전에 우편 또는 팩스로 보내주시기 바랍니다. 재정 상담사가 여러분의 질문에 답변하고 신청 절차를 도와드립니다.

자격 요건을 충족하시면 저희 프로그램에서 다음과 같은 혜택을 제공합니다.

- TRA가 관리하는 모든 시설에서 제공되는 서비스에 대한 재정 지원
- 소득 자격 기준에 따른 차등 요금제
- 합리적인 지불 계획
- 자격 조건을 충족하는 저렴한 건강 보험 플랜 안내

저렴한 의료 서비스

국가 의료 시스템 개편으로 인해 그 어느 때보다 많은 사람들이 저렴하거나 정부 보조금을 받는 건강 보험 혜택을 받을 수 있게 되었습니다. 중산층 및 저소득층 개인과 가족이 일반적으로 자격 요건을 충족합니다. 아직 이 옵션에 신청하지 않으셨다면, 자세한 내용을 알아보시려면 웹사이트(www.wahealthplanfinder.org)를 방문해 주세요. 저희 재정 지원 프로그램은 이러한 보험의 자기 부담금이나 공동 부담금을 지원할 수 있습니다.

재정 지원 보조금 매칭

TRA Medical Imaging은 특정 의료 기관으로부터 받은 재정 지원금을 인정합니다. 다른 의료 기관으로부터 지원을 승인받으셨다면, 신청서 전체를 작성하지 않아도 될 수 있습니다. 대신, 현재 받고 있는 지원금 지급 통지서 사본을 이 신청서와 함께 보내주시면, 해당되는 경우 동일한 수준의 지원을 제공해 드리겠습니다. 만약 귀하의 지원금이 아래 목록에 없는 기관에서 지급되었다면, 저희에게 연락해 주십시오.

저희는 다음 기관의 지원금을 소중히 여깁니다:

- Franciscan Health System
- MultiCare Health System
- Community Health Clinics
- HealthPoint
- Sea Mar Community Health Centers
- Thurston County Project Access
- Providence and Swedish
- Evergreen Hospital Medical Center
- Capital Medical Center
- Overlake Hospital Medical Center
- Seattle Cancer Care Alliance
- UW Medicine /Valley Medical Center
- Virginia Mason

질문이나 도움이 필요하시면 수신자 부담 전화 (855) 271-2416, 옵션 1번으로 전화해 주십시오.

재정 지원 신청서

이 신청서를 작성하시고 관련 서류와 함께 예약 시간 최소 48시간 전에 저희 사무실로 제출해 주십시오.

1 환자 정보

환자 이름_____ 생일_____

집 전화_____ 휴대전화_____

주소_____

2 건강 보험에 가입되어 있으신가요? ❑ 예 ❑ 아니요 "아니요"라고 표시하셨다면, 워싱턴 건강보험조달기(Washington Healthplanfinder)를 통해 보험 가입을 신청하셨습니까? ❑ 예 ❑ 아니요 "아니요"라고 표시하셨다면, 그 이유를 설명해 주세요. _____

_____

3 다른 의료기관으로부터 재정 지원을 받으셨습니까? ❑ 예 ❑ 아니요. "예"를 선택하셨다면 이 신청서의 7단계로 건너뛰십시오. 서명된 신청서 외에도, 작성된 신청서를 대신하여 상대 기관에서 발급한 현재 승인서 사본을 제출해 주십시오.

4 배우자 또는 부모 (신청자가 미성년자/부양가족인 경우) 성명_____

집 전화_____ 휴대전화_____

주소_____

5 최근 급여 명세서, W2 및 기타 소득 증빙 서류를 제출해 주십시오.

소득 (월별 합계)	인내심 있는	기타 가족 소득
임금		
자영업		
공공 지원		
실업		
근로자 보상		
별거 수당		
자녀 양육비		
연금 또는 퇴직금		
이자 소득		
임대 부동산 소득		
기타 소득 (상세히)		
총수입		

수입이 없었다면 자세히 설명해 주십시오. _____

_____

6 배우자를 포함하여 가구 내 모든 부양가족을 나열하십시오.

이름	관계	나이

이름	관계	나이

7 위 정보는 제가 아는 한 사실이며 정확합니다. 허위 또는 불완전한 정보를 제공할 경우 혜택 지급이 지연되거나 중단될 수 있음을 이해합니다. 이로 인해 제가 상환해야 할 과다 지급된 복지 혜택이 발생할 수 있으며, 벌금이 부과될 수도 있습니다. 본인은 TRA Medical Imaging이 위의 정보를 확인할 수 있도록 승인하며, 재정 지원 자격 심사를 위해 해당 정보를 TRA Medical Imaging에 제공하는 것을 허가합니다. 저는 위증 시 처벌을 받을 것을 서약하며, 진실하고 완전한 정보를 제공했음을 맹세합니다.

서명_____ **날짜**_____

이 정보는 기밀입니다. 팩스 번호 (253) 680-3558 또는 우편 주소: TRA Medical Imaging, Attention Financial Aid Services, PO Box 1535, Tacoma, WA 98401. 질문이나 도움이 필요하시면 수신자 부담 전화 (855) 271-2416, 옵션 1번으로 전화해 주십시오.