

## 금융 지원

Sanford Health는 환자에게 양질의 의료 서비스를 제공하기 위해 최선을 다하고 있습니다. 저희는 이러한 서비스 비용 지불이 현재 귀하에게 경제적 어려움이 될 수 있음을 알고 있습니다. 따라서 저희는 당사의 의료 시스템을 통해 금융 지원을 신청할 수 있는 기회를 제공하고 있습니다.

이 서신과 함께 동봉된 서류에서 귀하의 금융 상황을 입증하는 워크시트/신청서를 찾을 수 있습니다. 금융 지원 프로그램 심사를 받으려면 이 서류를 완벽히 작성해야 합니다. 귀하의 금융 상태가 Sanford Health가 정한 기준을 충족하면 귀하의 계좌 잔액의 일부 또는 전부가 면제될 수 있습니다.

작성된 신청서와 함께 다음을 제공하십시오.

- 모든 해당 일정을 포함한 가장 최근의 연방 1040 세금 환급 사본 또는 IRS의 미신고 증명서(IRS 웹사이트 [www.irs.gov](http://www.irs.gov)로 이동)

다음 중 하나:

- 가계 소득에 기여하는 모든 임금 소득자의 최근 2건의 급여 명세서 사본
- Social Security Awards Letter 또는 Social Security를 받고 있는 경우 가장 최근의 1099(Social Security를 받고 있고 기타 소득이 있는 경우 추가 소득 증빙 자료를 제출하십시오)

이전 세금 기록의 소득이 귀하의 현재 상황을 적절히 반영하지 못하는 것으로 판명될 수도 있습니다. 그런 경우 귀하의 현재 금융 상황을 설명하는 간단한 메모를 첨부하십시오.

신청서를 검토한 후 수령일 기준 30일 이내에 서면으로 결정 사항을 알려드릴 것입니다. 원래 신청서를 제출한 후 재정 상황이 변경된 경우 결정 서신에 기재된 날짜로부터 30일 이내에 이의 제기를 제출할 수 있습니다. 계좌에 대해 상의하고 싶거나 질문이 있거나 이의 제기에 대해 문의하려면 (877)629-2999 번으로 Sanford 환자 금융 서비스에 연락하십시오. 영업 시간은 월요일-목요일 오전 7시-오후 6시, 금요일 오전 7시-오후 5시입니다.

Minnesota에 위치한 Sanford Health 시설에서 서비스를 받는 Minnesota 거주자의 경우: 우려 사항이 해결되지 않았다고 판단되면 먼저 (877)629-2999 번으로 Sanford의 환자 금융 서비스에 연락하여 우려 사항을 해결할 수 있는 기회를 찾으십시오. 계속해서 문제가 해결되지 않으면 (651) 296-3353 또는 (800) 657-3787 번으로 MN 법무장관 사무실에 연락하십시오.

30일 이내에 이 정보 요청에 응답하고 **보안 팩스** (800)544-5967 번으로 저희 사무실에 반송하거나 또는 Sanford Health, PO Box 2010, Fargo, ND 58122-2482 주소로 **우편으로** 보내주십시오.

귀하의 협조에 감사드립니다.

감사합니다

Sanford Health



Submit application to:  
Sanford Health  
PO Box 2010  
Fargo, ND 58122-2482  
OR  
Secure Fax: 800-544-5967

## 금융 지원 신청

### 인구통계

이름: \_\_\_\_\_ 생년월일: \_\_\_\_\_ 사회 보장 번호: \_\_\_\_\_

배우자 이름: \_\_\_\_\_ 생년월일: \_\_\_\_\_ 사회 보장 번호: \_\_\_\_\_

결혼 여부:  독신  기혼  이혼  사별

주소: \_\_\_\_\_ 시: \_\_\_\_\_ 주: \_\_\_\_\_ 우편 번호: \_\_\_\_\_

휴대폰(본인): \_\_\_\_\_ 휴대폰(배우자): \_\_\_\_\_ 자택 전화번호: \_\_\_\_\_

귀하의 가구에 거주하는 18세 미만의 모든 부양가족을 기재하십시오.

이름: \_\_\_\_\_ 생년월일: \_\_\_\_\_ 이름: \_\_\_\_\_ 생년월일: \_\_\_\_\_

이름: \_\_\_\_\_ 생년월일: \_\_\_\_\_ 이름: \_\_\_\_\_ 생년월일: \_\_\_\_\_

이름: \_\_\_\_\_ 생년월일: \_\_\_\_\_ 이름: \_\_\_\_\_ 생년월일: \_\_\_\_\_

### 소득

본인	월간 총 소득	배우자
\$	총소득/실업/근로자 상해보험	\$
\$	사회 보장/SSI/SSDI	\$
\$	자영업/임대 소득/로열티/부동산/신탁	\$
\$	퇴직/연금/연금/군인 연금	\$

\$	자녀 양육비/배우자 부양비/공적 부조	\$
\$	기타/기타 소득: _____	\$
\$	<b>총 소득(모든 소득에 대한 증빙 자료 제공)</b>	\$

매달 Sanford 청구서에 대해 얼마를 지불하고 있습니까? 또는 지불할 수 있습니까? \_\_\_\_\_

**권리 양도(꼼꼼히 읽으십시오)**

아래에 서명함으로써 본인은 이 신청서와 지원 문서의 정보가 본인이 아는 한 사실이고 정확함을 증명합니다. 본인은 정보가 기밀로 유지되며 추가 정보 제공을 요청할 수 있음을 이해합니다. 본인은 요청한 모든 정보가 제공되지 않으면 금융 지원 신청서를 검토할 수 없음을 이해합니다. Sanford Health는 금융 지원이 보장된다는 진술을 하지 않았습니다.

이름(정자체): \_\_\_\_\_ 서명: \_\_\_\_\_ 날짜: \_\_\_\_\_

배우자(정자체): \_\_\_\_\_ 서명: \_\_\_\_\_ 날짜: \_\_\_\_\_