

## 재정 지원 신청 지침

토랜스 메모리얼 메디컬 센터(Torrance Memorial Medical Center, "TMMC")는 의료비를 감당할 수 없는 환자에게 재정 지원 프로그램을 제공합니다. TMMC에는 재정 지원을 위한 두 가지 경로가 있습니다. 하나는 당사의 재정 지원 정책("정책")에 따라 자격이 될 수 있는 최대 재정 지원("포괄적 재정 지원")을 신청하는 일반적인 경로입니다. 본 정책은 TMMC가 제공하는 서비스 그리고 TMMC와의 계약 관계의 조건으로 본 정책에 참여해야 하는 의사에게 적용됩니다(본 정책에 참여하는 사람의 전체 목록은 본 정책의 첨부 D 참조). 선택적/성형 서비스 및 위에 언급된 영역 외의 기타 서비스 제공자는 이 프로그램에서 보장되지 않을 수 있습니다. 두 번째 경로는 제한된 재정 지원("제한된 재정 지원")을 원하는 환자를 위해 신청 요건을 간소화했습니다.

이러한 재정 지원 프로그램을 고려하려면, 이 신청서를 작성하여 TMMC에서 귀하가 할인을 받을 자격이 있는지 판단하는 데 도움을 받으십시오. 신청하더라도 자격이 된다는 보장은 없습니다. 작성된 신청서와 서류를 접수한 후 승인/거부를 입증하는 서면 답변이 모든 환자에게 제공됩니다.

작성된 신청서는 아래 주소로 우편으로 보내거나 직접 제출하실 수 있습니다. 아래에서 요청하는 모든 서류를 제출해야 합니다. 서류가 누락되거나 첨부되지 않은 경우 재정 지원이 지연되거나 거부될 수 있습니다. 특정 서류를 제출할 수 없는 경우 설명서를 제출해 주십시오.

필요한 모든 정보를 제공하지 않으면 지원이 거부될 수 있습니다.

**참고: 귀하가 무보험이고 특정 MEDI-CAL 추정 적격성 기준을 충족하는 경우, 이 신청서를 작성할 필요가 없습니다.**

신청에 필요한 소득 증명 서류 제출 서류:	포괄적 재정 지원	제한적 재정 지원
급여 명세서(이전 2개월)	필수	필수
연방 세금 신고서(전년도). 아래 각주 1 및 2 참조	필수	필수
실업, 사회보장 또는 장애 확인서(이전 2개월)	필수	선택 사항
모든 당좌 예금, 저축 예금 및 신용 조합 계좌의 은행 명세서(이전 2개월간, 모든 페이지 포함).	필수	선택 사항
임대 또는 모기지 확인서.	필수	선택 사항
해당되는 경우 Medi-Cal 신청 응답서(승인 또는 거부).	필수	선택 사항

- 1 연방 세금 신고서를 제출하지 않은 경우 가장 최근의 W2 또는 1099 양식을 제공하십시오.
- 2 일시적인 장애 또는 실직으로 인해 연방 세금 신고서 제출이 지연된 경우 미제출 세금 양식을 제출하십시오. 1-800-908-9946으로 전화하거나 [www.irs.gov/individuals/get-transcript](http://www.irs.gov/individuals/get-transcript)(양식 4506-T 또는 4506T-EZ 사용)를 방문하여 사본을 받습니다.

### 배우자/동거인 서류:

- 기혼, 동성 결혼 또는 동거 관계에 있는 경우, 배우자/동거인에 관한 해당 "소득 증명" 서류를 제출하십시오. 급여 수표, 확인 명세서, 연방 세금 신고서, W2 또는 1099 양식,

제출 지연 양식, 은행 명세서 및 위자료/자녀 양육비를 포함하되 이에 국한되지 않는 위의 문서 목록을 참조하십시오.

**작성된 신청서:**

- 작성된 신청서에는 신청자, 배우자/동거인/보증인(해당되는 경우)의 날짜와 서명이 반드시 포함되어야 합니다.

작성한 신청서와 증빙 서류 보낼 곳:

Torrance Memorial Medical Center  
 Attn: Business Office  
 3330 Lomita Boulevard  
 Torrance, CA 90505

**추가 도움말**

재정 지원 관련 문서의 번역 또는 접근성 확보를 포함하여 재정 지원 프로그램에 대한 지원이나 추가 정보가 필요하면 월요일부터 금요일 오전 8:00 부터 오후 4:00 사이에 Business Office 에 문의하실 수 있습니다.

- 직접 방문: 위의 주소 이용
- 전화: 310-517-1010

TMMC 웹사이트의 <https://www.torrancememorial.org/patients-visitors/billing-insurance/help-paying-your-bill> 에서 재정 지원 프로그램에 대한 정보도 제공합니다.

**재정 지원 신청**

신청하고자 하는 재정 지원 유형을 확인하십시오.

- 제한적 재정 지원(한도액, 0%~50% 범위)
- 완전 재정 지원(한도 없음, 0%~100% 범위)

환자 정보			
환자 이름		사회보장번호	생년월일
집 주소		시	주      우편번호
집 번호	휴대폰 번호	이메일 주소	
선호하는 연락 방법 <input type="checkbox"/> US 우편 <input type="checkbox"/> 집 집 전화 <input type="checkbox"/> 핸드폰		연간 가구 소득: \$	
혼인 상태: <input type="checkbox"/> 기혼 <input type="checkbox"/> 미혼 <input type="checkbox"/> 별거 <input type="checkbox"/> 이혼 <input type="checkbox"/> 사별 <input type="checkbox"/> 동거인		가구 구성원 수(세금 신고 시 기재된 인원):	
고용 상태 <input type="checkbox"/> 취업 <input type="checkbox"/> 자영업 <input type="checkbox"/> 퇴직 <input type="checkbox"/> 장애인 <input type="checkbox"/> 무직 - 마지막 근무 날짜: _____			

고용주 이름	전화번호		
고용주 주소	시	주	우편번호

**배우자/동거인/부모/보증인 정보**

환자와의 관계  
 배우자    동거인                       부모     보증인     기타: \_\_\_\_\_

이름	사회보장번호	생년월일
----	--------	------

고용 상태  
 취업    자영업    퇴직    장애인    무직 - 마지막 근무 날짜: \_\_\_\_\_

고용주 이름	전화번호
--------	------

고용주 주소	시	주	우편번호
--------	---	---	------

**보험 보장**

건강 보험 혜택을 받을 자격이 있으신가요?  예  아니오 '예'인 경우 다음을 입력하십시오:

보험 계약자	보험사	보험 번호
보험 계약자	보험사	보험 번호

**비용 및 자산 정보**

현재 월 소득	환자/보증인	배우자/동거인	합계
총 급여	\$	\$	\$
자영업 순소득	\$	\$	\$
이자 및 배당금	\$	\$	\$
부동산 또는 임대 부동산	\$	\$	\$
사회 보장/퇴직/장애	\$	\$	\$
위자료, 양육비	\$	\$	\$
기타	\$	\$	\$
<b>월 총 소득</b>	\$	\$	\$
필수 생활비	환자/보증인	배우자/동거인	합계
임대료 또는 모기지	\$	\$	\$
부동산 세금	\$	\$	\$
유틸리티 및 전화	\$	\$	\$
위자료, 양육비	\$	\$	\$
자동차 대출/리스 지불	\$	\$	\$
교육	\$	\$	\$
학교/보육시설(미성년 부양가족)	\$	\$	\$
식품	\$	\$	\$
보험	\$	\$	\$
기타 비용	\$	\$	\$
<b>월 총 비용</b>	\$	\$	\$

현재 의료 부채	환자/보증인	배우자/동거인	합계
의료 부채	\$	\$	\$
자산(퇴직 계좌 제외)	환자/보증인	배우자/동거인	합계
당좌예금/저축예금/신용조합 계좌	\$	\$	\$
주식 및 채권	\$	\$	\$
머니 마켓/중개 계좌	\$	\$	\$
예금 증서	\$	\$	\$
<b>총 자산</b>	\$	\$	\$

본인은 이 신청서의 정보가 본인이 아는 한 사실이며 정확함을 증명합니다. 본인은 병원 및 전문가 비용 부담 경감을 위해 자격이 될 수 있는 모든 지역, 주 및 연방 지원을 신청하는 데 동의합니다. 본인은 제공된 정보가 기관에 의해 확인될 수 있음을 이해하며, 본 신청서에 제공된 정보의 정확성을 확인하기 위해 제3자에게 연락하는 것을 승인합니다. 본인은 고의로 잘못된 정보를 제공했거나 신청서에 중대한 오류 또는 누락이 있는 경우 더 이상 재정 지원을 받을 자격이 없음을 이해합니다. 이전에 본인에게 재정 지원이 제공되었다면 그 시점에 취소될 수 있으며 미결제 잔액에 대한 책임은 본인에게 있습니다.

재정 지원을 신청하는 사람의 서명 날짜

배우자/동거인/보증인 서명(해당되는 경우) 날짜