

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.

이 신청서를 처리하려면 다음과 같은 서류가 필요합니다.

- 완벽히 작성한 신청서(동봉)
- 모든 소득 증명(예: 가계 소득, **SS, SSI, SSDI**, 공공 보조, 임대 소득, 퇴직 연금, 군인 연금, 실업, 근로자 상해보험, 자녀 양육비, 위자료 등에 대한 마지막 두 가지 급여 명세서)
- 해당되는 모든 일정을 포함하여 가장 최근의 **1040** 세금 환급 사본.
- 가장 최근의 세금 신고서를 구할 수 없는 경우 다음 중 하나가 필요합니다.
 - 사회 보장 입증 서신
 - **IRS**의 비신고 증명(사본을 얻으려면 **800-829-1040**으로 전화하십시오)
- 모든 소유 재산에 대한 카운티의 재산세 내역서 사본

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. 계좌에 대해 문의하고 싶거나 궁금한 점이 있으면 **(877) 629-2999**로 전화하십시오. 영업 시간은 월요일-목요일 오전 7시-오후 6시, 금요일 오전 7시-오후 5시입니다.

미네소타에 위치한 **Sanford Health** 시설에서 서비스를 받는 미네소타 거주자의 경우: 우려 사항이 해결되지 않았다고 판단되면 먼저 **(877)629-2999** 번으로 **Sanford**의 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



계정: _____

모든 신청서 반환 주소:

Sanford Health
 PO Box 2010
 Fargo, ND 58122-2482
 (800) 263-2237
 보안 팩스:
 (800) 544-5967

금융 지원 신청

보낸 날짜: _____

반환: _____

이름	생년월일	배우자	생년월일
주소	시	주	우편번호
현재 주소의 시간: 년 월 일	임대 독자	카운티	결혼 여부 기혼 싱글 이혼 사별
휴대폰 번호	직장 전화번호	주택 전화번호	휴대폰 번호 직장 전화번호
귀하의 가구에 거주하는 모든 부양 가족을 기재하십시오. (필요한 경우 추가 용지 첨부)			
성	이름	중간 이름	생년월일
			사회보장번호
			신청인과의 관계
1.			
2.			
3.			
4.			
본인		배우자	
사회보장번호		사회보장번호	
고용주		고용주	
직장 주소		직장 주소	
직업	시간당 임금	직업	시간당 임금
고용 기간: 년 월	주당 근무 시간	고용 기간: 년 월	주당 근무 시간
파산을 선언한 적이 있습니까? <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 7장 _____ 13장 _____ 귀하에게 제기된 재판이나 유치권이 있습니까? <input type="checkbox"/> 그렇다면 날짜와 이유를 기입하십시오: _____			
이름:	신청인 1차 보험 적용범위	2차 보험 적용범위	배우자 1차 보험 적용범위
주소:			
가입자:			
및 그룹 번호:			
소득: 납세 전 모든 출처의 총 현금 영수증을 나타냅니다.			
본인 월간 총 소득		배우자 월간 총 소득	
총 소득		총 소득	
사회 보장 / SSI / SSDI		사회 보장 / SSI / SSDI	
공공 지원		공공 지원	
임대 소득		임대 소득	
퇴직/연금		퇴직/연금	
군인 연금		군인 연금	
실업/근로자 상해보험		실업/근로자 상해보험	
시작: 종료:		시작: 종료:	
자녀 양육비/위자료		자녀 양육비/위자료	
시작: 종료:		시작: 종료:	
기타		기타	
로 기입하십시오:		구체적으로 기입	
총계		총계	
합산 월간 총소득:			
장소	금액/가격	장소	금액/가격
수표		예금 증서(CD)	
저축		주식/채권	
기타		기타	

자산	자동차	연도/제조사/모델	가격	대출 잔액	유치권자
		연도/제조사/모델	가격	대출 잔액	유치권자
	레크리에이션 장비(보트, 스노우모빌 등)	연도/제조사/모델	가격	대출 잔액	유치권자
		연도/제조사/모델	가격	대출 잔액	유치권자
기타 자산	주소, 타운십, 카운티			대출 잔액	평가 가격
	주소, 타운십, 카운티			대출 잔액	평가 가격
주택	주소				평가 가격
	타운십, 카운티			모기지 잔액	유치권자
필요한 지출	주택 팔부/임대	상하수도	자동차 보험	생명 보험	
	재산세	전화/휴대폰	음식	건강 보험	
	손해 보험	케이블 TV	보육비	의약품	
	난방	자동차 할부	자녀 양육비	기타/구체적으로 명	
	전기	교통비	레크리에이션 장비	총계	
				총액/신용카드, 기타 경비 및 월 경비	
신용카드/기타 비용	채권자 이름	주소		잔액	월 할부 금액
				총계	

Sanford 청구서 중 얼마를 지불했습니까? 또는 매달 얼마를 지불할 수 있습니까? _____

필요한 서류:

___ 모든 소득 증명: (예: 각 임금 소득자, SS, SSI, SSDI, 공공 지원, 임대 소득, 은퇴, 연금, 군인 연금, 실업, 근로자 상해보험, 자녀 양육비, 위자료 또는 기타에 대한 두 가지 급여명세서)

___ 해당되는 모든 일정을 포함하여 가장 최근의 1040 세금 환급 사본.

___ 모든 소유 재산에 대한 카운티의 재산세 내역서 사본.

권리 양도(꼼꼼히 읽으십시오)

아래에 서명함으로써 본인은 이 금융 지원 신청서 및 제출한 서류에 포함된 정보와 진술이 정확하고 사실이며 올바르다는 것을 증명합니다. 본인은 Sanford Health가 필요할 경우 합리적인 추가 정보 및 확인을 요청할 수 있음을 이해합니다. 본인은 제공한 정보와 진술이 Sanford Health에 의해 기밀로 유지된다는 것을 이해합니다. 본인은 이 신청서를 작성하면 Sanford Health에서 본인의 상황을 고려할 수 있음을 이해합니다. 본인은 Sanford Health가 금융 지원이 보장된다고 진술하지 않음을 이해합니다.

본인/우리는 위의 정보가 정확하다는 것을 증명하고 자발적으로 귀하가 본인/우리와 관련된 신용 정보를 획득할 수 있도록 허락합니다.

서명 _____ 날짜 _____ 서명 _____ 날짜 _____