



## 환자 재정 서비스

## 재정 보조 신청서 Financial Assistance Application - Korean

인적사항	의료 기록/보증인 #	이번 방문의 용건은 <input type="checkbox"/> 동력장치 차량 사고 관련입니다 <input type="checkbox"/> 직장에서 상해를 당했습니다 <input type="checkbox"/> 둘 다 아닙니다		*서비스 날짜(일정이 아직 잡히지 않았으면 "미래"라고 타이핑하세요)			
	*성명의 성	*성명의 이름	중간이름	사회보장번호	*생년월일		
	주소		아파트 #	시티	주	Zip 번호	
	이 주소에서 거주한 기간은 얼마나 됩니까?		*귀하는 홈리스입니까? <input type="checkbox"/> 아니오 (No) <input type="checkbox"/> 예 (Yes)		전화번호		
	*결혼 상태 <input type="checkbox"/> 독신 <input type="checkbox"/> 기혼 <input type="checkbox"/> 비혼 파트너		*피부양자 <input type="checkbox"/> 아니오 (No) <input type="checkbox"/> 예 (Yes)		*임신 상태 <input type="checkbox"/> 아니오 (No) <input type="checkbox"/> 예 (Yes)		
	가족 구성원들의 이름을 추가하기 바라며, 여기에는 중요한 타인과, 가구 내에서 귀하의 돌봄에 의존하는 모든 사람, 또는 연방 세금 환급을 신청한다면 여기에서 피부양자로 신청하는 모든 사람을 포함하시기 바랍니다.						
	가족 구성원 이름		생년월일	관계	가족 구성원 이름		생년월일
1.				4.			
2.				5.			
3.				6.			
고용과 기타 소득	아래에서 가족 소득의 소득원과 금액은 알려주시기 바랍니다. 환자와 배우자를 위한 금액이 되는 임금/급여/소득을 모두 포함하고, 환자가 미성년자라면 부모의 것도 포함하세요.						
	*취업 상태 <input type="checkbox"/> 취업 중 <input type="checkbox"/> 자영업 <input type="checkbox"/> 실업자						
	피고용 상태라면 고용주 이름			고용주 전화번호			
	현재 직업 1 급여(세전): \$ _____ <input type="checkbox"/> 매주 <input type="checkbox"/> 격주 <input type="checkbox"/> 매월 <input type="checkbox"/> 매년						
	현재 직업 2 급여(세전): \$ _____ <input type="checkbox"/> 매주 <input type="checkbox"/> 격주 <input type="checkbox"/> 매월 <input type="checkbox"/> 매년						
	작년에 귀하에게 있었던 일: <input type="checkbox"/> 직업을 바꾸었습니다 <input type="checkbox"/> 일을 그만두었습니다 <input type="checkbox"/> 시간을 줄여서 일하기 시작했습니다 <input type="checkbox"/> 위에는 해당 내용이 없음						
	그렇다면, 언제:						
자영업자라면, 수령하는 순소득(사업 비용 공제 후 이익금)이 얼마나 됩니까? \$ _____ <input type="checkbox"/> 매월 <input type="checkbox"/> 매년							
실업 상태라면, 이전의 가족 소득원과 금액을 작성하시오: 출처 _____ 금액 \$ _____							
다른 소득원: 사회보장/SSI 장애 _____ 수령한 별거수당/자녀 양육비 \$ _____ <input type="checkbox"/> 매주 <input type="checkbox"/> 격주 <input checked="" type="checkbox"/> 매월 <input type="checkbox"/> 매년 실업급여 _____ 정부 보조금(SNAP, TANF, 기타) \$ _____ <input type="checkbox"/> 매주 <input type="checkbox"/> 격주 <input type="checkbox"/> 매월 <input type="checkbox"/> 매년							
자산	귀하의 수표계좌, 예금계좌, 예금증서, 그리고/또는 증권계좌의 총액은 얼마입니까? \$ _____						
	*개인적인 퇴직연금 계정(IRA, 401(k), 403(b), 키오)이 있습니까? <input type="checkbox"/> 아니오 (No) <input type="checkbox"/> 예 (Yes): 현재 가치는: \$ _____						
	*소유한 자동차(들)가 있습니까? <input type="checkbox"/> 아니오 (No) <input type="checkbox"/> 예 (Yes) 예라고 하셨다면 아래에 구체적으로.						
	연식	제조사	모델	가치	월 지불금	차감 부족액	
	1.			\$	\$	\$	
	2.			\$	\$	\$	
3.			\$	\$	\$		
*이자, 배당금 또는 투자금에서 나오는 소득을 받습니까? <input type="checkbox"/> 아니오 (No) <input type="checkbox"/> 예 (Yes): 전체 금액은: \$ _____							
*다음에 해당합니다: <input type="checkbox"/> 사는 주택을 임차했음: 월간 지불금/임차료 \$ _____ <input type="checkbox"/> 사는 주택 자가소유: 현재 가치 \$ _____ <input type="checkbox"/> 임차 또는 소유가 아닙니다: 어디에서 누구와 함께 거주합니까? _____							
제출하는 정보는 본인이 가진 최대한의 지식과 신념에 따라 진실되고 정확하게 작성했음을 확인합니다. 저는 Inova 가 소득과 거주 증빙을 필요로 할 것이라는 점을 이해하며, 저는 Inova 가 여하한 제휴 기관들 그리고/또는 제삼자에게 신청서 처리 원수를 위해 정보가 필요한 여하한 정보를 요청하고 제공하도록 허용합니다. 저는 지불을 위한 도움을 얻는데 합리적으로 필요한 조치를 신청하고 취할 것이며, 이렇게 확보된 금액을 Inova 에게 할당하거나 지불할 것입니다. 제가 제공한 정보 가운데 어느 것이라도 진실하지 않다면, 병원이 저의 재정 상태를 재평가할 수 있으며 이에 따라 어떠한 것이더라도 적절한 행동을 취할 수 있음을 이해합니다.							
신청인 (서명) (Applicant (signature)):		신청인 (정자로 된 이름) (Applicant (print name)):		날짜 (Date):		시간 (Time):	

\*별표 된 항목은 필수입니다.

부록 A

연방 빈곤 기준, 2026

가족 규모	100%	250%	400%	500%
1	\$15,960	\$39,900	\$63,840	\$79,800
2	\$21,640	\$54,100	\$86,560	\$108,200
3	\$27,320	\$68,300	\$109,280	\$136,600
4	\$33,000	\$82,500	\$132,000	\$165,000
5	\$38,680	\$96,700	\$154,720	\$193,400
6	\$44,360	\$110,900	\$177,440	\$221,800
7	\$50,040	\$125,100	\$200,160	\$250,200
8	\$55,720	\$139,300	\$222,880	\$278,600
9	\$61,400	\$153,500	\$245,600	\$307,000
10	\$67,080	\$167,700	\$268,320	\$335,400

# 부록 C

## 재정보조 필수 문서작성 점검하기

Inova 재정보조 신청서 작성에 추가하여, Inova의 재정보조 정책 요건을 충족할 수 있도록 아래의 옵션 목록에 있는 소득과 주거 증빙을 작성해야 합니다.

귀하의 신청서는 반드시 자격 검토와 결정의 최초 선언일로부터 **365일** 이내에 제출해야 한다는 점을 주지하시기 바랍니다.

<b>개인/가족 소득 요건</b> 배우자나 파트너가 같이 살고 있다면 해당 사람의 소득 문서 또한 필요합니다. 다음 목록에서 한 (1) 가지는 반드시 포함해야 합니다:	<b>거주 요건</b> Inova에서 받은 모든 서비스가 필요하기 이전 <b>30일</b> 간 버지니아에서 거주한 증빙. 다음 목록에서 한 (1) 가지는 반드시 포함해야 합니다:
<b>가장 최근의 연방 소득세 환급 내용:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 날짜와 서명이 포함된 전체 세금환급 문서를 제출하시기 바랍니다.</li> <li>• 1월에서 4월 기간에는 접수하지 않습니다. 대신, 가장 최근의 급여 명세서 2건을 제출해야 합니다.</li> </ul>	<b>유효한 버지니아 운전면허증 또는 신분증, 버지니아 유권자 등록카드, DMV 기록:</b> 문서는 반드시 서비스 날짜로부터 적어도 30일 이전에 발급된 것이어야 합니다.
<b>2건의 최근 급여 명세서:</b> 급여 명세서에는 공제 전 총소득, 지급 기간 날짜, 그리고 지금까지의 금년도 소득이 나타나야 합니다.	<b>가장 최근의 연방 소득세 환급 내용:</b> 날짜와 서명이 포함된 전체 세금환급 문서를 제출하시기 바랍니다.
<b>고용상태 확인서:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 세금환급 또는 급여 명세서를 작성할 수 없다면, 고용주는 이 양식/문서를 작성할 수 있습니다.</li> <li>• 양식 다운받기: <a href="http://www.inova.org/patients-visitors/financial-assistance">www.inova.org/patients-visitors/financial-assistance</a></li> </ul>	<b>공과금 청구서 또는 은행 명세서:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 문서에는 반드시 신청자의 이름과 현재 주소를 반영해야 합니다.</li> <li>• 문서는 반드시 Inova의 서비스 날짜로부터 적어도 30일 이전에 날짜가 적히고/생성된 것이어야 합니다.</li> </ul>
	<b>주거 확인서:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 양식은 지주/부동산 소유자가 작성합니다.</li> <li>• 양식 다운받기: <a href="http://www.inova.org/patients-visitors/financial-assistance">www.inova.org/patients-visitors/financial-assistance</a></li> </ul>
<b>보조 확인서:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 양식은 실업자로서 가족/친구/기타에게서 보조를 받는 환자를 위한 용도입니다.</li> <li>• 양식은 쉼터, 식품 그리고/또는 생활비를 보조하여 돕는 사람(가족/친구/기타)이 작성하는 것입니다. <b>이 문서로 인하여 양식을 작성하는 사람에게 재정 보조를 신청하는 환자의 미결제 의료 부채에 대한 금전적 책임을 부여하지는 않습니다.</b></li> <li>• 같은 가구에서 보조하는 사람에게 세 세금환급서 사본을 요청하여 해당 환자가 피부양자로 신청했는지 여부를 판단할 것입니다.</li> <li>• 최근에 실업자가 되었다면, 이전에 고용되었던 곳에서 문서를 제공받으시기 바랍니다.</li> <li>• 양식 다운받기: <a href="http://www.inova.org/patients-visitors/financial-assistance">www.inova.org/patients-visitors/financial-assistance</a></li> </ul>	<b>학교 기록:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 문서에는 반드시 아동의 이름과 학교 이름, 현재 주소를 반영해야 함.</li> <li>• 학교는 미국의 주, 행정구역 또는 테리토리가 입증해야 합니다.</li> <li>• 여기에는 성적증명서, 응급 돌봄 양식, 학교에 요청하거나 가상 포털에서 다운로드 가능한 서한 또는 기타 문서가 포함될 수 있습니다.</li> </ul>
<b>자기 선언 증빙:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 환자가 일용 노동자, 이주/계절 노동자로서 팀을 받거나 실업 상태이고 가족/친구/기타로부터 쉼터, 식품 그리고/또는 생활비를 지원받지 못하는 경우를 위한 것입니다.</li> <li>• 최근에 실업자가 되었다면 이전에 고용되었던 곳에서 문서를 발급받으시기 바랍니다.</li> <li>• 양식 다운받기: <a href="http://www.inova.org/patients-visitors/financial-assistance">www.inova.org/patients-visitors/financial-assistance</a></li> </ul>	
<b>포함 요청을 받을 수 있는 기타 소득 관련 문서(다음에 국한하지는 않음)*:</b> 사회보장 급여 확인서, 연금, 퇴직 소득, 유족 급여, 실업 수당, 정부 보조 프로그램, 공적 급여 확인서, 이자 배당금, 로열티, 재산/신탁 소득, 교육/등록금 보조 서류, 위자료/자녀 양육비 서류, 대사관 명의의 대사 신분 확인서, 제3차 소득 확인(주택 임대, 구매 신청, 자동차 임대, 대출 신청 등), I20 양식(유학생), 자녀 출생 증명서, 환경 확인서 *추가 정보가 필요하다면 팀에 문의하세요: 571-472-5880.	<b>포함시키도록 요청받을 수 있는 기타 거주 관련 문서(여기에 국한하지는 않음)*:</b> 임대 계약서, 지난 1년 이내에 버지니아주 또는 버지니아 지역에서 납부한 버지니아 개인 재산세 또는 부동산세, 버지니아 교육부 등록 증명서, 이민 거주 증명서, W2 *추가 정보가 필요하다면 팀에 문의하세요: 571-472-5880.

**중요한 내용입니다:** 필요한 서명과 날짜가 있는 신청서와, 개인/가족 소득과 거주 증빙을 위한 문서를 제출하지 못하면 결과적으로 귀하의 신청이 거부될 것입니다. 귀하에 대한 재정보조가 거부되면 미지급 잔금은 환자의 책임으로 남게 되며, 귀하는 Inova로부터 부담 금액에 대한 지급청구 명세서를 받을 것입니다.

저희 팀이 귀하에게 재정보조 자격이 있는지 검토하고 판단하는 기간은 **30일**이 필요합니다. 이 시기 동안 추가 문서 제출을 요청받을 수 있습니다. 결정서는 Inova의 재정보조 정책에서 정의하는 **30일** 기간 이내에 귀하에게 등기우편으로 발송되고/되거나 MyChart에서 볼 수 있습니다.

질문이 있다면 Inova 재정보조 팀에 연락 바랍니다: 571-472-5880.

## 소득과 거주 증빙을 포함하여 귀하가 작성/서명한 보조 신청서 제출 방법

### MyChart

작성하고 서명한 신청서와 모든 필요 거주 및 소득 문서는 MyChart에 업로드합니다:

**MyChart에 로그인 또는 계정을 생성하세요: <https://mychart.inova.org/mychart>**

1. 로그인 한 다음에는 홈 화면의 상단 왼쪽에서 메뉴를 찾아보세요.
2. “Billing” (청구) 범주를 스크롤하여 내려서 “Financial Assistance” (재정보조)를 선택하세요.
3. 각 화면에서 작성하고 작성과 서명이 끝난 신청서는 지정된 순서에 따라 필요한 소득 및 거주 서류를 메시지에 따라 업로드하세요.
4. 모든 문서가 업로드되고 각 화면에서 적절한 필드 입력이 끝나면 “Submit” (제출)을 클릭하세요.

처리 팀은 귀하의 건을 검토를 시작하고 귀하의 제출 상태와 승인 또는 거부 결정, 혹은 필요하다면 추가 문서를 요청하는 대화를 할 것입니다.

### 우편

작성하고 서명한 신청서와 모든 필요 거주 및 소득 문서는 다음 주소로 우편 발송하세요:

Inova Patient Financial Services  
수신: Rev Cycle Financial Assistance Department  
8095 Innovation Park Drive  
Fairfax VA 22031  
이 장소에서는 직접 방문하는 환자를 접수하지 않습니다.

### 팩스

작성하고 서명한 신청서와 모든 필요 거주 및 소득 문서는 다음 번호로 팩스 발송하세요:

팩스 #: 571-665-6895  
수신: Rev Cycle Financial Assistance Department

### 가져 놓기

작성하고 서명한 신청서와 모든 필요 거주 및 소득 문서는 다음 장소에 가져 놓으세요:

Inova Partnership for Healthier Communities  
2700 Prosperity Ave., #280  
Fairfax VA 22031

7617 Little River Turnpike, Suite 850  
Annandale, VA 22003

월요일부터 금요일까지, 오전 8:30~오후 5:00  
(직접 방문하여 받는 도움은 월요일부터 금요일, 오전 8:30~오후 12:00까지 가능합니다.)