VANDERBILT UNIVERSITY
MEDICAL CENTER

Vanderbilt University Medical Center 재정 지원 이의 신청서

VUMC(Vanderbilt University Medical Center)는 지불 능력과 관계없이 모든 환자를 진료하기 위해 최선을 다합니다. 서비스 비용을 지불할 수 없는 환자는 재정 지원 대상이 될 수 있습니다. 재정 지원 심사를 받으려면 다음 양식을 작성해 제출해 주세요.

신청자 이름*(이름, 중간 이름, 성)*	서비스 이용 장소와 날짜	청구 계정 번호

작성 안내: 신청서를 작성하고 다음 서류의 사본을 첨부해 주세요(원본은 보내지 마세요).

- **세금 신고서와 관련 부속 서식(지난 2년분)**
- **사회 보장 연금/장애 수당 서류* (해당하는 경우)**
- **W-2 양식 또는 실업 수당 명세서***
- **급여 명세서* (최근 3개월분)**
- **푸드 스탬프 수급 통지서* (해당하는 경우)**

*공증받은 서신은 받지 않습니다

환자/진료비 지불 책임자

이름*(이름, 중간 이름, 성)*		사회 보장 번호		생년월일*(월, 일, 연도)*
주소		시	주	우편번호
전화번호	가구원 수(환자, 배우자, 부양가족)		혼인 상태	

고용 상태	고용주 이름	학생이신가요?	자동차 사고 또는 업무 관련 사고로 받은 진료입니까?	
재직 중 ☐ 실직 ☐		예 ☐ 아니요 ☐	예 ☐ 아니요 ☐	자동차 사고 또는 업무 관련 사고 질문에 "예"라고 답했다면 여기를 클릭하세요. 이 질문에 답하면 재정 지원 신청 승인 절차의 다음 단계로 넘어갑니다.
재직 기간	실직일/실직 기간*(월, 일, 연도)*			다른 사람의 세금 신고서에 부양가족으로 올라가 있습니까? 예 ☐ 아니요 ☐ ("예"인 경우 귀하를 부양가족으로 신고한 사람의 세금 신고서를 제출하세요)

이의 신청 사유/기타 의견:

확인

본인이 아는 한 위에 기재한 모든 정보가 사실이며 정확함을 확인합니다. 본인은 VUMC가 이 정보를 이용해 VUMC 또는 계열 기관이 제공한 서비스에 대한 본인의 지불 능력을 확인한다는 점을 이해하며, 재정 지원 요청을 검토하는 데 필요한 경우 VUMC와 모든 계열 클리닉, 병원, 기관이 이 정보를 공유하도록 허락합니다. 본인은 VUMC, 모든 VUMC 계열 기관과 대리인 또는 대행인이 이 신청서에 적힌 정보를 조사하고 신용 보고서를 조회하도록 허락합니다.

환자/진료비 지불 책임자 서명	날짜*(월, 일, 연도)*
배우자/파트너 서명	날짜*(월, 일, 연도)*

4~6주 안에 승인된 서비스에 대해 재정 지원 대상인지 알려 드리는 통지서를 받게 됩니다. 승인 통지서를 받았다고 해서 VUMC의 모든 서비스나 향후 서비스까지 재정 지원 대상이 된다는 의미는 아닙니다. 다시 신청하려면 VUMC 환자 청구 고객 서비스팀(VUMC Patient Billing Customer Service Team)에 (615) 936-3938로 전화해 주세요. 새 신청서를 이메일 또는 우편으로 제출할 수도 있습니다. 재정 지원 대상이 아니라는 통지서를 받았고 이 결정에 이의를 제기하고 싶으시면, VUMC 재정 지원 이의 신청서(VUMC Financial Assistance Appeal Application)를 작성하고 소득 증빙 서류를 첨부해 이메일, 우편 또는 팩스로 제출하시면 됩니다. 아래 주소는 **우편 전용**입니다.

Revenue Cycle Department of Finance
3841 Green Hills Village Dr, Suite 200
Nashville, TN 37215
(615) 936-3938 – 전화
(615) 936-0620 – 팩스
Financial.assistance@vumc.org