

재정 지원

DIAGNOSTIC IMAGING NORTHWEST 영상센터

의료 영상은 사치가 아니라 필수입니다.

DIAGNOSTIC IMAGING NORTHWEST 영상센터는 지불 능력과 관계없이 모든 환자를 치료하기 위해 최선을 다하고 있습니다. 저희는 현행 연방 빈곤 기준에 따라 재정 지원을 제공합니다. 이 프로그램을 이용하려면 수혜자는 먼저 개인 보험, Medicare, Medicaid 또는 기타 의료 프로그램과 같은 기존 의료 혜택을 활용해야 합니다. 저희 프로그램은 자격 요건을 충족하는 경우 공제액, 본인 부담금 또는 공동 부담금을 보장할 수 있으며, 보험 가입 자격이 없거나 다른 의료 프로그램의 적용을 받지 않는 참가자의 비용도 보장할 수 있습니다.

자격 요건을 충족하시면 저희 프로그램에서 다음과 같은 혜택을 제공합니다.

- DINW 시설에서 제공되는 서비스에 대한 재정 지원
- 소득 자격 기준에 따른 차등 요금제
- 합리적인 지불 계획
- 자격 조건을 충족하는 저렴한 건강 보험 플랜 안내

저렴한 의료 서비스

국가 의료 시스템 개편으로 인해 그 어느 때보다 많은 사람들이 저렴하거나 정부 보조금을 받는 건강 보험 혜택을 받을 수 있게 되었습니다. 중산층 및 저소득층 개인과 가족이 일반적으로 자격 요건을 충족합니다. 아직 이 옵션에 신청하지 않으셨다면, 자세한 내용을 알아보시려면 웹사이트(www.wahealthplanfinder.org)를 방문해 주세요. 저희 재정 지원 프로그램은 이러한 보험의 자기 부담금이나 공동 부담금을 지원할 수 있습니다.

재정 지원 보조금 매칭

DIAGNOSTIC IMAGING NORTHWEST 영상센터는 특정 의료 기관으로부터 받은 재정 지원금을 인정합니다. 다른 의료 기관으로부터 지원을 승인받으셨다면, 신청서 전체를 작성하지 않아도 될 수 있습니다. 대신, 현재 받고 있는 지원금 지급 통지서 사본을 이 신청서와 함께 보내주시면, 해당되는 경우 동일한 수준의 지원을 제공해 드리겠습니다.

재정 상담사

전화: (253) 680-3485
팩스: (253) 680-3558

우편 주소

Diagnostic Imaging Northwest
Attention: Financial Aid
P.O. Box 1535
Tacoma, WA 98401

저희는 다음 기관의 지원금에 감사드립니다.

- Capital Medical Center
- Community Health Care
- Evergreen Hospital Medical Center
- Franciscan Health System
- HealthPoint
- MultiCare Health System
- Overlake Hospital Medical Center
- Providence and Swedish
- Sea Mar Community Health Centers
- Seattle Cancer Care Alliance
- Thurston County Project Access
- UW Medicine /Valley Medical Center
- Virginia Mason

위에 나열된 기관 중 한 곳에서 지원금을 받으셨거나 저희 재정 지원 프로그램에 대해 궁금한 점이 있으시면 언제든지 연락해 주십시오.

dinw.com

재정 지원 신청서

이 신청서를 작성하시고 관련 서류와 함께 예약 시간 최소 48시간 전에 저희 사무실로 제출해 주십시오.

1. 환자 이름 _____ 생년월일 _____
 집 전화 _____ 휴대 전화 _____
 주소 _____
집 번호 및 도로명 주소 도시, 주, 우편번호

2. 건강 보험에 가입되어 있으신가요? ____에 ____아니요 "아니요"라고 표시하셨다면, 워싱턴 Healthplanfinder를 통해 보험 가입을 신청하셨습니까? ____에 ____아니요, 상세히 설명: _____

3. 다른 의료기관으로부터 재정 지원을 받으셨습니까? ____에 ____아니요
 예라고 답하셨다면 7단계로 넘어가서 신청서에 서명하십시오. 서명된 신청서 외에도, 작성된 신청서를 대신하여 상대 기관에서 발급한 현재 승인서 사본을 제출해 주십시오.

4. 배우자 또는 부모 (신청자가 미성년자/부양가족인 경우)
 이름 _____ 휴대 전화 _____
 집 전화 _____ 주소 _____
집 번호 및 도로명 주소 도시, 주, 우편번호

5. 최근 급여 명세서, W2 및 기타 소득 증빙 서류를 제출해 주십시오.

소득 (월별 합계)	인내심 있는	기타 가족 소득
임금		
자영업		
공공 지원		
실업 보상		
근로자 보상		
별거 수당		
자녀 양육비		
연금 또는 퇴직금		
이자 소득		
임대 부동산 소득		
기타 소득 (상세히)		
총수입		

수입이 없었다면 자세히 설명해 주십시오. _____

6. 배우자를 포함하여 가구 내 모든 부양가족을 나열하십시오.

이름	관계	나이	이름	관계	나이

7. 위 정보는 제가 아는 한 사실이며 정확합니다. 허위 또는 불안정한 정보를 제공할 경우 혜택 지급이 지연되거나 중단될 수 있음을 이해합니다. 이로 인해 제가 상환해야 할 과다 지급된 복지 혜택이 발생할 수 있으며, 벌금이 부과될 수도 있습니다. 본인은 DIAGNOSTIC IMAGING NORTHWEST 영상센터가 위의 정보를 확인하고 재정 지원 자격 심사 목적으로 해당 정보를 DIAGNOSTIC IMAGING NORTHWEST 영상센터에 제공하는 것을 허가합니다. 저는 위증 시 처벌을 받을 것을 서약하며, 진실하고 완전한 정보를 제공했음을 맹세합니다.

(요청자 서명) _____ 날짜 _____

이 정보는 기밀입니다. 신청서를 팩스 또는 우편으로 Diagnostic Imaging NW, Attention Financial Aid Services로 보내주십시오. 문의 사항이나 도움이 필요하시면 저희 재무 상담원에게 연락주세요.