

왜 브레스트 센터일까요?

여러가지 유연성 있는 납부 방식과 인증된 유방영상학 전문 의료진들과 함께, Carol Milgard Breast Center는 귀하께 최상의 진료 서비스를 부담 없는 가격대에 제공하는데 전념하고 있습니다. 어떤 보험들은 모든 유형의 영상 서비스 비용을 보상해주지 않는다는 것을 저희는 알고 있습니다. 귀하께서 필요로 하는 치료를 꼭 받으실 수 있도록, 저희 브레스트 센터는 다음을 제공해 드립니다:

- 경쟁력 있는 가격
- 당일 검사 할인혜택
- 12개월 할부 방식 (무이자, 무수수료)
- 모든 영상 검사비가 미리 견적된, 하나의 단일화된 청구서
- 유자격 환자들을 위한 재정 지원 서비스
- 본 센터의 소유 기관들로부터 받는 상응기부금 (Grant Matching)

저희 재정 지원 상담원들은 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 4시 30분까지 상담해 드립니다. 수신자 부담 번호로 전화 주십시오: (253) 680-3485

의료 영상검사는 필수이지, 사치가 아닙니다

Carol Milgard Breast Center는 환자의 지불 능력과 상관없이 모든 환자들을 치료하기 위해 헌신하고 있습니다. 귀하께서 재정 지원금 수령 자격이 있다고 생각되시면, 본 브로셔에 마련된 신청서를 작성하신 후 증빙 서류와 함께 우편 또는 팩스로 보내 주십시오.

TRA Medical Imaging/CMBC, Attention: Financial Aid

P.O. Box 1535
Tacoma, WA 98401
(253) 680-3558

재정 지원을 받을 자격이 있다고 생각하시면 이 재정 지원 신청서를 작성하여 모든 지원 서류와 함께 예약일 최소 48시간 전에 브레스트 센터로 제출해 주십시오. 신청서 전체를 작성해야 합니다. 신청서가 불완전하면 자격 취득이 지연됩니다.

Carol Milgard Breast Center는 MultiCare와 Franciscan Health Systems의 지원금을 감사히 수여받고 있습니다.

만약 귀하가 보험이 없고, 연령에 관계없이 남성이거나 34세 이하의 여성이며, 유방 질환의 증상이 있으시다면, 저희의 **First Look Voucher Program**에 대해 문의하시기 바랍니다. 자세한 내용을 알아보시려면 (253) 680-3485로 전화하시거나 저희 웹사이트를 방문하시기 바랍니다.

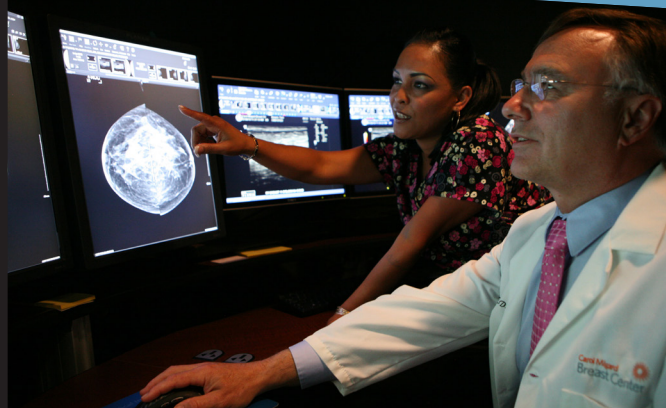
저희 재정 지원 상담원들은 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 4시 30분까지 상담해 드립니다. 검사 비용 견적과 관련된 모든 문의는 수신자 부담 번호 (253) 680-3485로 전화하시기 바랍니다.

자세한 정보 또는 다운로드가 가능한 PDF 신청서를 받으시려면 웹사이트를 방문하시기 바랍니다:
www.carolmilgardbreastcenter.org

재정 지원 선택 사항



귀하가 준비되어 있는 것이 중요합니다



Carol Milgard
Breast Center
A Franciscan—MultiCare—TRA Collaboration

재정 지원 신청서 (Financial Aid Application)

Carol Milgard Breast Center 재정 지원금을 신청하시려면 본 신청서를 작성하신 후 증빙 서류와 함께 저희 사무실에 제출해 주십시오.

1. 환자 정보 (Patient information)

환자 성명 (Patient name) _____ 휴대 전화 (Cell phone) _____
생년월일 (Birthdate) _____
집 전화 (Home phone) _____
주소 (Address) _____

2. **MultiCare 또는 Franciscan Health System** 관련 기관들로부터 재정 지원금을 받으신 적 있습니까? ____ 네 (yes) ____ 아니오 (no) (owner grant) 만약 '네'라고 답한 경우 6 단계 (Step 6)로 이동해 본 신청서에 서명하시기 바랍니다. 서명된 신청서와 더불어, 완성된 신청서를 대신해 타 기관으로부터 받은 확인서 (letter of determination) 최신 사본을 제출해 주십시오.

3. 배우자 또는 환자 (신청인이 미성년자/부양가족인 경우) (Spouse or parent (if applicant is a minor/dependent))

성명 (Name) _____ 휴대 전화 (Cell phone) _____
집 전화 (Home phone) _____
주소 (Address) _____

4. 귀하의 최신 3개월 급여명세서와 W2, 기타 소득 명세서를 제출해 주십시오.

수입 (월별 총액) (Income (monthly totals))	환자 (Patient)	기타 가족 수입 (Other family income)
급여(Wages)		
자영업 (Self-employment)		
정부 생활 보조 (Public assistance)		
실업 수당 (Unemployment compensation)		
산재 보험 (Workers' compensation)		
위자료 (이혼 수당) (Alimony)		
자녀 양육비 (Child support)		
연금 또는 퇴직 수당 (Pension or retirement)		
이자 수입 (Interest income)		
건물 임대 수입 (Rental property income)		
기타 수입 (상세 기재) (Other income (detail))		
총 수입 (Total income)		

수입이 없는 경우, 이유를 상세히 기재하십시오 (If there was no income, please explain in detail) _____

5. 배우자를 포함해, 귀하 가정의 부양가족을 전원 기재해 주십시오 (dependents)

성명 (Name)	관계 (Relationship)	나이 (Age)	성명 (Name)	관계 (Relationship)	나이 (Age)

6. 상기 기재한 내용은 본인이 아는 한 모두 틀림없는 사실입니다. 본인은 거짓 또는 불완전한 정보를 제출할 경우 본인의 수당이 지연되거나 중단될 수 있음을 이해합니다. 또한 이는 수당의 초과 지불을 초래할 수 있으며, 이럴 경우 본인이 되찾아야만 하고 과태료가 부과될 수도 있습니다. 본인은 Carol Milgard Breast Center가 상기 정보를 확인할 수 있도록 허가하며, 재정 지원금 수령 자격을 결정하기 위한 목적으로 Carol Milgard Breast Center에 정보를 공개하는 것을 허락합니다. 본인은 본인이 제출한 정보가 사실이고 완전하며 만약 그렇지 않을 경우 위증죄의 처벌을 받을 것임을 맹세합니다.

서명 (요청인) (SIGNATURE (PERSON MAKING REQUEST))

날짜 (DATE)

본 정보는 기밀입니다. (253) 680-3558으로 TRA Medical Imaging/CMBC, Attention: Financial Aid PO Box 1535 Tacoma, WA 98401. 질문이 있으시거나 도움이 필요하시면 수신자 부담 전화 (253) 680-3485로 전화 주십시오.