재정 지원 이의 신청 양식

귀하가 작성한 재정 지원 신청서와 제공한 증빙 서류를 바탕으로 저희가 귀하의 재정 지원 자격에 대한 결정을 내린 경우에만 이 양식을 작성하십시오.

환자 정보

환자 성	환자 이름	생년월일	의료 기록 번호 (MRN, 알고 있는 경우)

가족 정보

재정 지원을 신청한 다른 가족 구성원이 있다면 기재하십시오.

이름 및 생년월일:

이의 신청 정보

재정 지원 정책에 근거하여 귀하의 신청의 어느 부분에 대해 저희가 잘못 판단했다고 생각하십니까?

- ☐ 소득 계산 방식
- ☐ 가구 규모
- ☐ 거주지
- ☐ 기타 ____________________

OHSU Health 재정 지원 정책은 다음에서 확인할 수 있습니다. www.ohsu.edu/financial-assistance

재정 지원 결정이 잘못되었다고 생각하는 이유를 아래에 작성하십시오. 귀하의 견해를 뒷받침하는 문서가 있다면 포함하십시오.

이 양식과 관련 지원 문서를 아래로 보내주십시오.

우편:	팩스:	이메일:
OHSU Patient Financial Services Mail code: RPB07 3181 S.W. Sam Jackson Park Rd. Portland, OR 97239-3098	503-418-2377	sfr@ohsu.edu

이 양식에 대한 문의 사항이 있으신가요? 도움을 받으려면 503-494-8551 번으로 전화하십시오.

귀하의 이의 신청을 받으면 3주 이내에 응답드리겠습니다. 결정을 내리기 전에 추가 정보를 요청할 수도 있습니다.