

성명 _____ 의료 기록 번호: _____ 입원 번호: H _____

재정 지원 신청자 귀하

아래에 재정 지원 신청서(Financial Assistance Application)가 있습니다. 신청서를 작성하여 본 양식의 3페이지 하단에 표시된 주소로 제출하시고, 귀하의 특정 재정 상황과 관련하여 아래에서 요구하는 증빙 문서도 함께 제출해 주십시오.

유효한 의료 지원을 받고 있는 경우

A) 여기에 의료 지원 번호를 기입하세요 ▶

B) 의료 지원 카드 사본을 동봉하세요.

소득 증빙 (해당 항목은 모두 포함시키세요)

사회 보장:

- 사회 보장 급여 서류 또는 사회 보장 연도 별 혜택 명세서 사본
- 최근의 사회 보장금 지급 수표 사본

재향 군인 혜택 :

- 지급 서류 또는 혜택 명세서 사본
- 최근의 혜택 지급 수표 사본

연금:

- 연금 혜택 명세서 사본
- 최근의 연금 지급 수표 사본

필요한 추가 확인 자료

(아래 항목에 대한 최근 명세서 및 기타 확인서 사본)

소득/재산:

- 예금 증명서
- 401K, 403B, Keogh, IRA 및 기타 퇴직 계좌
- 연금
- 생명 보험 증서의 현금 가치
- 신탁 자산(Trusts)
- 증권 계좌(Brokerage accounts)
- 배당금/이자 소득
- 자녀 양육비
- 이혼/별거 수당
- 주식, 채권, 뮤추얼 펀드
- 기타 투자액

채무/비용:

- 가장 최근의 주택 담보 대출 또는 임대료 사본
- 보험료 납부 사본 (단독 주택 보험, 자동차 보험 등)
- 의료비 지출액, 처방약 지급액 사본
- 기타 지급한 채무/비용 내역 사본
- 모든 은행 계좌의 최근 은행 거래 내역서 사본

주 및 연방 소득 세금 보고서:

- 최근 연방 및 주 소득세 보고서 사본 전체 – 모든 해당 부속서류 포함

기타 관련 재정 데이터:

- 파산 청원서, 재산 분배서 사본 등

위 서류 중 하나라도 제출할 수 없는 경우, 요청된 정보를 동봉하지 않은 구체적인 이유를 설명하는 서신을 보내주시요. 개별 상황에 따라 추가 정보가 필요할 수 있습니다.

동봉 서류에 대해 궁금한 점이 있으면 410-938-3370으로 연락 주십시오.

감사합니다.

환자 계정 담당자

첨
부

I. 가족 소득- 귀하가 모든 출처에서 받는 월 소득 금액을 기입해 주십시오. 소득, 재산, 지출에 대한 증빙 자료 제출을 요구 받을 수도 있습니다. 소득이 없을 경우, 귀하의 주거 및 식사를 제공하는 사람의 지원 서류를 제출해 주십시오.

	월 금액
취업	_____
퇴직 연금	_____
사회보장 혜택	_____
장애 혜택	_____
실업 급여	_____
재향군인 혜택	_____
이혼/별거수당	_____
임대 부동산 수입	_____
파업 수당	_____
군인 할당액(Military allotment)	_____
농장 또는 자영업	_____
기타 소득원	_____
합계	_____

II. 유동성 자산

	현재 잔고
입출금 계좌	_____
예금 계좌	_____
주식, 채권, CD, 머니 마켓	_____
기타 계좌	_____
합계	_____

III. 기타 재산 - 귀하가 아래 품목을 소유하고 있을 경우, 종류와 추정 가치를 기입해 주십시오.

주택	대출 잔액	추정 가치
자동차	제조사 _____ 연식 _____	추정 가치 _____
추가 차량	제조사 _____ 연식 _____	추정 가치 _____
추가 차량	제조사 _____ 연식 _____	추정 가치 _____
기타 재산		추정 가치 _____
합계		_____

IV. 월 지출액

	금액
임차료, 대출금 상환	_____
전기/수도/가스 등	_____
차량 납부금	_____
신용 카드	_____
자동차 보험	_____
건강 보험	_____
기타 의료비	_____
기타 비용	_____

다른 미납 의료비 청구액이 있습니까? 예 아니요 **합계** _____
 어떤 서비스에 대한 청구액입니까? _____
 지불 계획을 마련했을 경우 월별 잔액은 얼마입니까? _____

귀하가 병원에 추가 재정 지원의 연장을 요청할 경우, 병원에서 보충 결정을 내리기 위해 추가 정보를 요청할 수도 있습니다. 이 서류에 서명함으로써, 귀하는 제공된 정보가 사실임을 증명하고 변경 후 10 일 이내에 제공된 정보의 변경 사항을 병원에 통지하는 것에 동의합니다.