

이름: \_\_\_\_\_ MR 번호: \_\_\_\_\_ 방문 번호: \_\_\_\_\_

재정 지원 신청자 귀하:

다음은 재정 지원 신청서입니다. 본 양식의 3페이지 하단에 기재된 주소로 신청서와 귀하의 특정 재정 상황과 관련하여 아래에 요구되는 증빙 서류를 함께 작성하여 반송해 주시기 바랍니다.

---

### 현재 의료 지원 혜택을 받고 계신 경우

A) 의료 지원 번호를 여기에 기입하십시오. ▶

B) 의료 지원 카드 사본을 동봉하십시오.

---

### 소득 증명(해당하는 사항을 모두 기재해 주십시오.)

#### 사회 보장:

- 사회보장 수급 확인서 또는 사회보장 연간 급여 명세서 사본
- 가장 최근의 사회보장 수표 사본

#### 재향군인 급여:

- 수급 확인서 또는 급여 명세서 사본
- 가장 최근의 급여 수표 사본

#### 연금:

- 연금 수당 명세서 사본
- 가장 최근의 연금 수표 사본

### 추가 확인 필요

(가장 최근의 명세서 또는 기타 확인서 사본)

#### 소득/자산:

- 양도성 예금 증서
- 401K, 403B, Keogh, IRA 및 기타 퇴직 계좌
- 연금
- 생명 보험 증권의 현금 가치
- 신탁
- 증권 계좌
- 배당금/이자수익
- 자녀 양육비
- 이혼 수당
- 주식, 채권 및/또는 뮤추얼 펀드
- 기타 투자

#### 부채/비용:

- 가장 최근의 담보대출 또는 임대료 납부 사본
- 납부한 보험료 사본(주택 소유자 보험, 자동차 보험 등)
- 의료비 납부 및/또는 처방약 납부 사본
- 귀하가 납부한 기타 부채/비용 사본
- 모든 은행 계좌에 대한 가장 최근의 입출금 내역서 사본

#### 연방 및 주 소득세 신고서:

- 모든 해당 일정이 기재된 가장 최근의 연방 및 주 소득세 신고서 전체 사본

#### 기타 관련 재무 데이터:

- 파산 청원서, 재산 합의서 등의 사본

상기 항목의 사본을 제공할 수 없는 경우 요청한 정보를 동봉하지 않은 구체적인 이유를 설명하는 서신을 보내주시기 바랍니다. 개인 상황에 따라 추가 정보를 요청할 수 있습니다.

동봉된 내용과 관련하여 궁금한 점이 있는 경우 410-938-3370으로 연락하시기 바랍니다.

감사합니다.

환자 계정 담당자



재정 지원 신청서

본인 정보

성명 \_\_\_\_\_ 이름 \_\_\_\_\_ 중간 이름 \_\_\_\_\_ 성 \_\_\_\_\_

사회 보장 번호 \_\_\_\_\_ 결혼 여부  미혼  기혼  별거  
 사별  이혼

미국 시민  예  아니요 영주권자  예  아니요

집 주소 \_\_\_\_\_ 전화번호 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 시 \_\_\_\_\_ 주 \_\_\_\_\_ 우편번호 \_\_\_\_\_ 국가 \_\_\_\_\_

고용주 이름 \_\_\_\_\_ 전화번호 \_\_\_\_\_

직장 주소 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 시 \_\_\_\_\_ 주 \_\_\_\_\_ 우편번호 \_\_\_\_\_

가족 구성원

\_\_\_\_\_ 성명 \_\_\_\_\_ 연령 \_\_\_\_\_ 관계 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 성명 \_\_\_\_\_ 연령 \_\_\_\_\_ 관계 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 성명 \_\_\_\_\_ 연령 \_\_\_\_\_ 관계 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 성명 \_\_\_\_\_ 연령 \_\_\_\_\_ 관계 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 성명 \_\_\_\_\_ 연령 \_\_\_\_\_ 관계 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 성명 \_\_\_\_\_ 연령 \_\_\_\_\_ 관계 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 성명 \_\_\_\_\_ 연령 \_\_\_\_\_ 관계 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 성명 \_\_\_\_\_ 연령 \_\_\_\_\_ 관계 \_\_\_\_\_

의료 지원을 신청한 적이 있습니까?  예  아니요 *예*인 경우, 신청한 날짜는 언제입니까? \_\_\_\_\_

*예*인 경우, 어떻게 결정되었습니까? \_\_\_\_\_

주 또는 카운티의 지원을 받고 있습니까?  예  아니요

Patient Accounting - FA Representative  
Sheppard Pratt  
849 Fairmount Avenue  
Floor 5  
Towson, MD 21286

성명

이름

중간 이름

성

I. 가족 소득 - 모든 출처의 월 소득액을 기재하십시오. 소득, 자산 및 비용에 대한 증빙 자료가 필요할 수 있습니다. 소득이 없는 경우, 귀하의 주거 및 식사를 제공하는 사람의 지원 확인서를 제공해 주십시오.

월 금액

고용	.....	_____
퇴직/연금 수당	.....	_____
사회보장 급여	.....	_____
장애 급여	.....	_____
실업 급여	.....	_____
재향군인 급여	.....	_____
이혼 수당	.....	_____
임대 부동산 소득	.....	_____
파업 수당	.....	_____
퇴역군인 배당금	.....	_____
농장 또는 자영업	.....	_____
기타 수입원	.....	_____

합계 \_\_\_\_\_

II. 유동 자산 현재 잔액

당좌예금 계좌.....	_____
저축 계좌.....	_____
주식, 채권, CD 또는 단기 금융 시장.....	_____
기타 계좌.....	_____

합계 \_\_\_\_\_

III. 기타 자산 - 다음 항목 중 어느 하나라도 소유하고 있는 경우 유형과 대략적인 가치를 기재해 주십시오.

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

합계 \_\_\_\_\_

IV. 월 비용

금액

임대료 또는 부동산 담보대출.....	_____
공과금.....	_____
자동차 할부금.....	_____
신용 카드.....	_____
자동차 보험.....	_____
건강보험(의료보험).....	_____
기타 의료비.....	_____
기타 비용.....	_____

합계 \_\_\_\_\_

기타 미납 의료비가 있습니까?  예  아니요

어떤 서비스에 관한 것입니까? \_\_\_\_\_

납부 계획이 있는 경우, 월 납부 금액은 얼마입니까? \_\_\_\_\_

병원에 추가 재정 지원을 확대하도록 요청하는 경우, 추가 결정을 내리기 위해 병원에서 추가 정보를 요청할 수 있습니다. 본 양식에 서명함으로써 귀하는 제공된 정보가 사실임을 증명하고 제공된 정보가 변경된 경우 변경 후 10일 이내에 변경 사항을 병원에 통지하는 데 동의합니다.

신청자 서명

환자와의 관계

날짜