

재정지원 신청서

섹션 1: 환자 정보

귀하의 성명과 의료 서비스를 받은 당시 주소 및 기타 정보를 이 섹션에 정자체로 기재해 주십시오.

계정 번호 _____ 서비스 날짜 _____

환자 성명: _____
성 이름 중간 이니셜

주소: _____ 번지 및 거리 시: _____ 카운티: _____

거주하는 주: _____ 우편번호: _____ 생년월일: ____/____/____ 혼인 상태 미혼 기혼 이혼

주요 전화번호: (_____) _____ 자택 휴대폰 직장 기타: _____

이메일 주소: _____

서비스 시점 당시 건강 보험: 보험 없음 Medicare Medicaid 기타 _____

섹션 2: 가구 소득 및 자산

본인, 배우자 및 기타 가구 구성원의 소득을 제공하십시오(해당되는 경우).

수입원	서비스 이전 3개월 동안 총수입	서비스 이전 12개월 동안 총수입
임금/자영업	\$ _____	\$ _____
사회 보장	\$ _____	\$ _____
연금, 배당금, 이자, 임대 소득	\$ _____	\$ _____
실업 수당, 산재 보상	\$ _____	\$ _____
양육비(환자가 수령인인 경우에 한함)	\$ _____	\$ _____
기타	\$ _____	\$ _____

신청일 기준 총 순자산(자산 - 부채): \$ _____

섹션 3: 가족 정보 및 수입

가구 내 모든 가족 구성원의 성명과 생년월일을 명시하십시오.

귀댁에 거주하고 있는 직계 가족에 대해 다음 정보를 제공하십시오. HCAP 목적으로, 가족이란 환자 본인, 환자 배우자, 환자 자택에 거주하는 18세 미만 자녀(친자녀 또는 입양 자녀)로 정의됩니다. 환자가 18세 미만인 경우, 가족에는 환자 본인, 환자의 친부모 또는 양부모, 환자 부모의 자녀로서 환자의 자택에 거주하는 18세 미만 자녀(친자 또는 입양)가 포함됩니다.

가구 구성원 성명(환자 포함) 생년월일 환자와의 관계

1. 환자: _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

본인은 아래 서명함으로써 이 신청서와 첨부 자료의 내용이 사실임을 확인합니다.

책임 당사자 서명: x _____ 날짜: _____

아래에 서명함으로써 본인은 이 신청서를 검토하고 승인함을 확인합니다.

병원 CEO 서명: x _____ 날짜: _____