



Ascension Crittenton Hospital

재정 지원 신청

환자 정보(정자체로 기입)

				계좌번호	
환자명:	생년월일	혼인 여부	성별		전화번호
주소:	도시	주	우편번호	이메일 주소	
소셜 시큐리티 번호:	직장명		폴타임 시간제		주당 근무시간
직장 주소:	도시	주	우편번호		전화번호

책임 당사자의 정보

성명	생년월일	혼인 여부	성별		전화번호
주소		주	우편번호	이메일 주소	
사회보장번호	직장명		상근직 시간제		주당 근무시간
직장 주소	도시	주	우편번호		전화번호

책임 당사자의 배우자 정보

배우자 성명		사회보장번호		생년월일
배우자 직장명:	주소:	도시	주(州) 우편번호	전화번호

부양가족:

성명	나이	관계	성명	나이	관계

총 월수입

신청인 소득	
신청인 배우자 소득	
소셜 시큐리티 혜택금	
연금/퇴직 수당	
실업 수당	
산재 보상금	
이자/배당금 소득	
자녀 양육비	
위자료	
임대 재산 소득	
푸드 스탬프	
기타	
기타	
총수입:	\$0

월 생활비

모기지/임대료		
전기 요금		
가스 요금		
전화 요금		
수도 요금		
식료품비		
케이블 TV 수신료		
차량 유지비		
휴대전화 요금		
데이케어 비용		
자녀 양육비/위자료		
처방의약품 비용		
신용카드:		
1.		
2.		
3.		
기타 의사/병원비:		
보험료:		
1. 자동차		
2. 부동산		
3. 의료/생명 보험		
기타 용자상환금:		
1.		
2.		
기타 월 지출:		
실직자 의료보험		
생명보험		
3.		
총 월 지출액:	\$0	\$0

자산

보유 현금	
예금 계좌	
당좌 예금 계좌	
예금증서	
증권	
생명보험	
기타 부동산	
기타	
차량/제조사&모델:	연식 가치
증여 재산:	
생명보험	
상속 재산	
기타	
총 자산가치:	\$0

비고:

본인은 상기 내용이 본인이 알고 있는 한도에서 사실이며 틀림없음을 확인합니다. 본인은 병원 측에서 필요하다고 판단한 경우 외부 신용조회기관의 정보를 요구할 수 있음을 인정합니다.

날짜

환자, 배우자, 보증인 또는 법정대리인 서명