

환자/신청자님께,

Ascension은 온정을 기반으로 운영되고 있으며 모든 사람들, 특히 가장 필요로 하는 사람들을 위한 개인 맞춤 치료를 제공하는 데 헌신합니다. 환자들에게 재정적인 도움을 주는 것이 우리의 사명이고 특권입니다. 재정 지원은 응급 치료 및 기타 의학적으로 필요한 치료에만 제공될 수 있습니다. 귀하와 귀하의 가정을 위한 모든 의료적 필요를 위해 저희를 신뢰해주셔서 감사합니다.

귀하의 요청으로 이 편지와 첨부된 재정 지원 신청서를 보내드립니다. 이것을 요청하지 않았다면 무시해 주십시오. 반환하기 전에 서명 및 날짜를 포함하여 양쪽면의 필드를 모두 작성해 주십시오. 만약 귀하가 지난 6개월 이내에 신청을 완료하고 재정 지원을 승인받으셨다면, 저희에게 알려주십시오. 새로운 신청서를 작성할 필요가 없을 수 있습니다. 저희는 6개월 이상 된 사전 신청은 고려하지 않습니다.

신청서와 함께 다음 항목 중 하나 이상의 사본을 소득 증빙으로 제공하십시오. 만약 귀하가 6개월 이상 결혼했거나 다른 사람과 동거했다면, 신청서가 처리되기 전에 소득증빙으로 다음 항목들 중 적어도 한 개의 사본을 제공할 필요가 있을 것입니다.

- 고용주가 최근에 지급한 3개월 동안의 급여 명세서 사본
- 최근 연간 소득 신고서 사본(자영업자일 경우 모든 스케줄 포함)
- 사회보장 및/또는 퇴직연금 지급 판정 서한
- 신청자가 세금 양식에 기재된 부양가족이고 25세 미만인 경우 부모 또는 후견인의 최근 연간 소득 신고
- 기타 소득확인서
- 지난 3개월 동안의 은행 명세서 사본
- 실업급여 수령 사본

만약 귀하가 가족이나 친구의 집에서 도움을 받거나 같이 살고 있다면, 그들에게 "지원 서한"이라고 적힌 첨부 양식을 작성하도록 하십시오. 이 서한 작성을 통해 해당인들은 귀하의 의료비에 대한 책임을 지지 않게 될 것입니다. 이것은 귀하가 어떻게 생계 비용을 감당할 수 있는지 보여주는 데 도움이 될 것입니다. 가족과 친구로부터 아무런 도움도 받지 않고 있다면, 지원 서한 양식을 작성할 필요가 없습니다.

마지막으로, 귀하의 월별 미지급 의료 및 약국/약물 비용을 증명할 수 있는 문서도 제공하십시오.



신청이 고려되려면 완전히 작성된 신청서와 소득 증명서를 함께 접수해야 한다는 것을
알아두십시오. 작성이 완료되지 않은 신청서는 처리 또는 고려할 수 없습니다.

인터넷상의 이메일을 통한 통신은 안전하지 않다는 것을 명심하십시오. 그럴 가능성은 낮지만,
이메일에 포함하는 정보는 그것을 취급하는 사람 이외의 다른 사람이 가로채서 읽을 수 있습니다.

저희는 귀하의 개인정보를 보호하고 안전하게 보호하기 위해 노력합니다. 신청서에는
주민등록번호와 기타 개인정보가 포함되어 있으므로 이메일 발송을 삼가할 것을 당부합니다.

작성한 신청서를 인쇄하여 다음 주소에 우편으로 보내거나 직접 제출해 주십시오.

**300 Great Circle Road
Nashville, TN 37228**

신청서에 대한 문의사항이 있으며 Kami Morgan에게 629-216-2163번으로 연락하십시오.

감사합니다.

Ascension 환자 재정
서비스



Ascension Saint Thomas

재정 지원 신청서

환자 정보

(인쇄하여 모든 필드를 작성해 주십시오. 신청서의 어떤 개별적인 라인에도 해당되지 않는 경우 N/A로 기재하십시오)

날짜 _____ 계정 번호 _____

성명(이름과 성) _____

생년월일 _____ 혼인 상태 _____ 전화 번호 _____

우편 주소 _____ 도시 _____ 주 _____ 우편 번호 _____

사회보장번호(선택 사항) _____

고용주 _____ 취업 상태 _____

주당 근무 시간 _____ 고용주 전화번호 _____

책임당사자 정보/법적 보호자 정보

(위의 환자가 책임당사자와 동일할 경우 이 섹션을 비워 두십시오.)

성명(이름과 성) _____

생년월일 _____ 혼인 상태 _____ 전화 번호 _____

우편 주소 _____ 도시 _____ 주 _____ 우편 번호 _____

사회보장번호(선택 사항) _____

고용주 _____ 취업 상태 _____

주당 근무 시간 _____ 고용주 전화번호 _____

책임당사자 배우자 정보

(환자가 책임당사자와 동일할 경우 환자의 배우자 정보를 기입하십시오.)

성명(이름과 성) _____

생년월일 _____ 혼인 상태 _____ 전화 번호 _____

우편 주소 _____ 도시 _____ 주 _____ 우편 번호 _____

사회보장번호(선택 사항) _____

고용주 _____ 취업 상태 _____

주당 근무 시간 _____ 고용주 전화번호 _____

책임당사자의 부양가족

(환자가 책임당사자와 동일할 경우 환자의 배우자 정보를 기입하십시오.)

이름 _____ 생년월일 _____ 책임 당사자와의 관계 _____

이름 _____ 생년월일 _____ 책임 당사자와의 관계 _____

이름 _____ 생년월일 _____ 책임 당사자와의 관계 _____

이름 _____ 생년월일 _____ 책임 당사자와의 관계 _____

가정에서 생활하는 성인 및 어린이의 수 _____



Ascension Saint Thomas

월수입

(아래 나열된 각 항목에 대해 달러 금액을 입력하십시오. 각 항목에 대해 월별 금액을 제공하십시오.)

신청자 소득 _____	신청인 _____	자녀 양육비 _____	이혼 _____
배우자 소득 _____	사회 _____	수당비 _____	임대 _____
보장 혜택 _____		부동산 수입 _____	푸드 _____
연금/퇴직 소득 _____	장애 _____	스탬프 _____	신탁 _____
소득 _____	실업 _____	자금 분배 입금 _____	기타 _____
보상 _____	근로자 _____	소득 _____	기타 _____
보상 _____		소득 _____	총 _____
이자/배당 소득 _____		월소득 \$ _____	

월 생활비

담보/임대 _____	공과금 _____	자녀 양육비/이혼 수당 _____	신용 _____
_____		카드 _____	
전화(일반 전화) _____	휴대폰 _____	의사/병원비 _____	
_____		자동차/자동차보험 _____	
식료품/음식 _____		주택/재산 보험 _____	
케이블/인터넷/위성 tv _____	차 _____	의료/건강보험 _____	생명 _____
할부금 _____	보육 _____	보험 _____	기타 _____
_____		월지출 _____	총 _____
		월지출 \$ _____	

자산

현금/저축/당좌 예금 계좌 _____

주식/채권/투자/예금 증서 _____

기타부동산/2차 거주지 _____

보트/RV/모터사이클/레저 차량 _____

컬렉터 자동차/비필수 자동차 _____

기타 자산 _____

본인은 상기 내용이 본인이 알고 있는 한도에서 사실이며 틀림없음을 확인합니다. 본인은 병원이 필요하다고 판단할 경우 외부 신용보고 기관으로부터 정보를 입수할 수 있도록 승인합니다.



Ascension Saint Thomas

신청인의 서명 _____

날짜 _____

비고 _____



Ascension Saint Thomas

지원 서한

환자 의료기록 번호/계정 번호 _____

후원자 이름 _____

환자/신청자와의 관계 _____

후원자 주소 _____

Ascension 참고:

본 지원 서한은 (환자의 이름)이/가 _____ 소득이 적거나
아예 없으며 본인이 생활비를 지원하고 있음을 알려주기 위한 것입니다. 환자는 본인에게
아무 의무가 없습니다.

이 진술서에 서명함으로써, 본인은 주어진 정보가 본인이 아는 최대의 사실이라는 것에 동의합니다.

후원자 서명 _____

날짜 _____