

# 재정 지원 신청서



# Ascension

## 환자 정보

(인쇄하십시오. 모든 필드를 완료하십시오. 신청서의 어떤 개별적인 라인에도 해당되지 않는 경우 N/A로 기재하십시오)

날짜 \_\_\_\_\_ 계정 번호 \_\_\_\_\_ 병원 이름 \_\_\_\_\_

성명(이름과 성) \_\_\_\_\_

생년월일 \_\_\_\_\_ 배우자 관계 \_\_\_\_\_ 전화 번호 \_\_\_\_\_

메일 주소 \_\_\_\_\_ 도시 \_\_\_\_\_ 주 \_\_\_\_\_ 우편 번호 \_\_\_\_\_

주민등록번호 (선택 사항) \_\_\_\_\_

고용주 \_\_\_\_\_ 취업 현황 \_\_\_\_\_

주당 근무 시간 \_\_\_\_\_ 고용주 전화 번호 \_\_\_\_\_

## 책임당사자 정보/법적 보호자 정보

(위의 환자가 책임당사자와 동일할 경우 이 섹션을 비워 두십시오.)

성명(이름과 성) \_\_\_\_\_

생년월일 \_\_\_\_\_ 배우자 관계 \_\_\_\_\_ 전화 번호 \_\_\_\_\_

메일 주소 \_\_\_\_\_ 도시 \_\_\_\_\_ 주 \_\_\_\_\_ 우편 번호 \_\_\_\_\_

주민등록번호 (선택 사항) \_\_\_\_\_

고용주 \_\_\_\_\_ 취업 현황 \_\_\_\_\_

주당 근무 시간 \_\_\_\_\_ 고용주 전화 번호 \_\_\_\_\_

## 책임당사자 배우자 정보

(환자가 책임당사자와 동일할 경우 환자의 배우자 정보를 기입하십시오.)

성명(이름과 성) \_\_\_\_\_

생년월일 \_\_\_\_\_ 배우자 관계 \_\_\_\_\_ 전화 번호 \_\_\_\_\_

메일 주소 \_\_\_\_\_ 도시 \_\_\_\_\_ 주 \_\_\_\_\_ 우편 번호 \_\_\_\_\_

주민등록번호 (선택 사항) \_\_\_\_\_

고용주 \_\_\_\_\_ 취업 현황 \_\_\_\_\_

주당 근무 시간 \_\_\_\_\_ 고용주 전화 번호 \_\_\_\_\_

## 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 \_\_\_\_\_

## 월수입

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

신청자 소득 _____	자녀 양육비 _____
신청인 배우자 소득 _____	이혼 수당비 _____
사회 보장 혜택 _____	임대 부동산 수입 _____
연금 / 퇴직 소득 _____	식료품 할인 구매권 _____
장애 소득 _____	신택 자금 분배 입금 _____
실업 보상 _____	기타 소득 _____
근로자 보상 _____	기타 소득 _____
이자/배당 소득 _____	<b>총 월소득 \$</b> _____

## 월 생활비

담보/임대 _____	자녀 양육비/이혼 수당 _____
공익사업 _____	신용 카드 _____
전화(일반 전화) _____	의사/병원비 _____
휴대폰 _____	자동차/자동차보험 _____
식료품/음식 _____	주택/재산 보험 _____
케이블/인터넷/위성TV _____	의료/건강보험 _____
차 할부금 _____	생명 보험 _____
보육 _____	기타 월 비용 _____
	<b>총 월소득 \$</b> _____

## 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 판단될 경우 외부 신용보고 기관으로부터 정보를 입수할 수 있도록 승인합니다.

신청인의 서명 \_\_\_\_\_

날짜 \_\_\_\_\_

코멘트 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



# Ascension

## 지원서

환자 의료기록 번호/계정 번호 \_\_\_\_\_

후원자 이름 \_\_\_\_\_

환자 / 신청자와의 관계 \_\_\_\_\_

후원자 주소 \_\_\_\_\_

Ascension으로:

본 지원서는 (환자의 이름)가 \_\_\_\_\_ 수입이 적거나 아예 없으며 본인이 생활비를 지원하고 있음을 알려주기 위한 것입니다. 그/그녀는 나에게 아무런 의무도 없습니다.

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

후원자 서명 \_\_\_\_\_

날짜 \_\_\_\_\_



# Ascension

## 필요한 문서 및 인증서

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 3개의 급여 명세서 사본
- 최근 연간 소득 신고서 사본(자영업자일 경우 모든 일정 포함)
- 사회보장 및/또는 퇴직연금상 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 "지원서"라고 적힌 첨부 양식을 완료하게 하십시오. 이것은 그들이 귀하의 의료비에 대한 책임을 지게 하지 않을 것입니다. 이것은 귀하가 어떻게 생계 비용을 감당할 수 있는지 보여주는 데 도움이 될 것입니다. 가족과 친구로부터 아무런 도움도 받지 못하면 지원서 양식을 작성할 필요가 없습니다.

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

신청이 고려되려면 완료된 신청서와 수입 증명서를 함께 접수해야 한다는 것을 알아두십시오. 우리는 완료되지 않은 신청서를 처리하거나 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.

우리는 귀하의 개인정보를 보호하고 그것이 안전하게 유지되기를 원합니다. 신청서에는 주민등록번호와 기타 개인정보가 포함되어 있으므로 이메일 발송을 삼가할 것을 당부합니다.

완성된 신청서를 인쇄하여 다음 주소로 우편으로 보내거나 직접 배달해 주십시오.

**Ascension Providence Rochester Hospital**  
1101 West University Rd., Rochester, MI

본 신청서에 대해 문의 사항이 있으신 경우 (248) 652-5334로 환자 담당자에게 전화해 주십시오.