

재정 지원 신청서



Ascension

환자 정보

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

날짜 _____ 계정 번호 _____

성명(이름과 성) _____

생년월일 _____ 배우자 관계 _____ 전화번호 _____

우편 주소 _____ 도시 _____ 주 _____ 우편 번호 _____

사회보장번호(청구 및 신원 확인 전용) _____

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 _____ 배우자 관계 _____ 전화번호 _____

우편 주소 _____ 도시 _____ 주 _____ 우편 번호 _____

사회보장번호(청구 및 신원 확인 전용) _____

고용주 _____ 취업 상태 _____

주당 근무 시간 _____ 고용주 전화번호 _____

책임당사자 배우자 정보

(환자가 책임당사자와 동일할 경우 환자의 배우자 정보를 기입하십시오.)

날짜 _____ 계정 번호 _____

성명(이름과 성) _____

생년월일 _____ 배우자 관계 _____ 전화번호 _____

우편 주소 _____ 도시 _____ 주 _____ 우편 번호 _____

사회보장번호(청구 및 신원 확인 전용) _____

고용주 _____ 취업 상태 _____

주당 근무 시간 _____ 고용주 전화번호 _____

책임당사자의 부양가족

(환자가 책임당사자와 동일할 경우 환자의 배우자 정보를 기입하십시오.)

성명 _____ 생년월일 _____ 책임당사자와의 관계 _____

성명 _____ 생년월일 _____ 책임당사자와의 관계 _____

성명 _____ 생년월일 _____ 책임당사자와의 관계 _____

성명 _____ 생년월일 _____ 책임당사자와의 관계 _____

가정에서 생활하는 성인 및 어린이의 수 _____

월수입

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

신청인 소득 _____	수령한 자녀 양육비 _____
신청인 배우자 소득 _____	수령한 위자료 _____
사회 보장 혜택 _____	임대 재산 소득 _____
연금/퇴직 수당 _____	푸드 스탬프 _____
장애 소득 _____	신택 자금 분배 입금 _____
실업 수당 _____	기타 소득 _____
산재 보상금 _____	기타 소득 _____
이자/배당 소득 _____	총 월소득 \$ _____

월 생활비

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

담보/임대 _____	자녀 양육비/위자료 _____
공과금 _____	신용카드 대금 _____
전화(일반 전화) _____	진료/병원비 _____
휴대 전화 _____	자동차/자동차보험 _____
식료품/음식 _____	주택/재산 보험 _____
케이블/인터넷/위성 TV _____	의료/건강 보험 _____
차량 유지비 _____	생명 보험 _____

보육_____

기타 월별 지출_____

총 월 지출액\$_____

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_____

비고



Ascension

지원서

환자 의료 기록 번호/계정 번호 _____

후원자 이름 _____

환자/신청자와의 관계 _____

후원자 주소 _____

Ascension 참고:

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 _____

날짜 _____



Ascension

[날짜]

환자/신청자님께,

Ascension은 동정심에 이끌려 모든 사람들, 특히 가장 필요로 하는 사람들을 위한 개인 전용 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 무시하십시오. 반환하기 전에 서명 및 날짜를 포함하여 양쪽면의 필드를 모두 완료하십시오. 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 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. 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
개인정보가 포함되어 있으므로 이메일 발송을 삼가할 것을 당부합니다.

완성된 신청서를 인쇄하여 다음 주소로 우편으로 보내거나 직접 제출해 주십시오.

Ascension St. Joseph/Standish Hospital
Financial Counseling Department
200 Hemlock
Tawas City, MI 48764

이 신청서에 대해 문의 사항이 있으신 경우 989-984-3796으로 환자 담당자에게
전화해 주십시오.

감사합니다

환자 재정 서비스
Ascension