



Ascension

2차 재정 지원 신청서*

* 본 신청서는 환자가 재정 지원 신청서를 작성한 후, 그리고 환자의 소득이 FPL의 201% 이상이라고 판단된 후에만 사용할 수 있습니다.

Ascension St. Joseph's 및 Standish Hospital에만 적용됩니다!

환자 정보

(인쇄하십시오. 모든 필드를 완료하십시오. 신청서의 어떤 개별적인 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 _____

자산

현금/보통/당첨금 계좌 \$ _____

주식/채권/투자/CD \$ _____

기타부동산/2차 거주지 \$ _____

보트/RV/오토바이/레저 차량 \$ _____

컬렉터 자동차/비필수 자동차 \$ _____

기타 자산 \$ _____