

## 재무 정보 양식 / 재정 지원 신청서

양식 작성에 관한 도움이 필요하거나, 질문이 있으실 경우 281-243-1073 번으로 전화 주십시오.

환자 이름:	전화 번호:
환자 거리 주소:	시, 주, 우편번호:
계좌 번호들:	서비스 날짜:

지침: 모든 질문에 답변해야 합니다. 특정 질문이 본인에게 해당하지 않을 경우, 해당 기입란에 N/A로 적으십시오.  
**사진이 부착된 신분증(예: 주에서 발행한 사진이 부착된 운전면허증 또는 여권) 사본 1부를 첨부해 주십시오.\***  
**가장 최근의 소득세 신고서 사본을 첨부하십시오 또는 다음 소득 증명 중 하나의 사본을 첨부하십시오.**

\* 사진이 있는 신분증이 없을 경우, 신원을 증명할 기타 문서를 사용할 수 있습니다. 도움이 필요하시면 위의 전화번호로 연락해 주십시오.

<input type="checkbox"/> 최근 2회의 월급 명세서	<input type="checkbox"/> 사회보장연금 수표 또는 수어 증서
<input type="checkbox"/> 실업 급여 확인 증서	<input type="checkbox"/> 고용주가 발행한 직원 이름, 직업, 시간당 급여, 근무 시간 등이 명시된 문서

**\*\*\* 증빙 서류가 있어야만 완전한 신청서로 간주됩니다. \*\*\***

자격:	<input type="checkbox"/> 텍사스 주 영주권자	<input type="checkbox"/> 합법적 거주자	<input type="checkbox"/> 이민 비자	<input type="checkbox"/> 비이민 비자
혼인 여부(하나만 선택):	<input type="checkbox"/> 기혼	<input type="checkbox"/> 독신	<input type="checkbox"/> 이혼	
	<input type="checkbox"/> 사별	<input type="checkbox"/> 기타		

가족 중에서 18세 미만의 아동 및 기타 부양가족(필요한 경우 용지 추가)						
이름	생년월일	부양가족과의 관계(하나만 선택)				혈연 또는 가족 관계가 아님
		자녀	의붓자녀	보호자	성인/고령자	

취업 여부 요약	
환자	배우자
고용주	고용주
직업	직업
취업 여부(하나만 선택) <input type="checkbox"/> 정규직 <input type="checkbox"/> 비정규직 <input type="checkbox"/> 실업 상태 <input type="checkbox"/> 주부 <input type="checkbox"/> 재취업 불가능	취업 여부(하나만 선택) <input type="checkbox"/> 정규직 <input type="checkbox"/> 비정규직 <input type="checkbox"/> 실업 상태 <input type="checkbox"/> 주부 <input type="checkbox"/> 재취업 불가능

월 가계 소득	월 가계 지출 (FAA 해당되지 않음)
환자                    \$ _____ /월	주거지:                _____ 자가/대출                _____ 임차
배우자                \$ _____ /월	주택 관련 지급        \$ _____ /월
이혼 수당            \$ _____ /월	공과금(전기, 수도)    \$ _____ /월
실업 수당            \$ _____ /월	자동차#1                \$ _____ /월
자녀 지원            \$ _____ /월	자동차#2                \$ _____ /월
유족 급여            \$ _____ /월	휘발유                    \$ _____ /월
산재 보상            \$ _____ /월	보험                      \$ _____ /월
트러스트 펀드        \$ _____ /월	TV/ 케이블/ 전화      \$ _____ /월
기타                    \$ _____ /월	식품                      \$ _____ /월
<b>총 소득                \$ _____ /월</b>	<b>총 지출                \$ _____ /월</b>

은행 계좌/기타 자산 (3가지 질문에 모두 답변해야 함):				(FAA는 해당되지 않음)
당좌예금 계좌? (하나를 선택)	예	아니오	현재 잔액	\$ _____
보통예금 계좌? (하나를 선택)	예	아니오	현재 잔액	\$ _____
기타 재산? (하나를 선택)	예	아니오	현재 가치	\$ _____
예일 경우, 자세히 설명하십시오: _____				

재무 정보 양식 / 재정 지원 신청서

환자 이름:

- \* 본인은 위증 시 위증죄로 처벌될 수 있다는 전제 하에 본인이 제공한 답변은 사실이며 본인이 아는 한 정확하다는 것을 증명합니다.
- \* 본인이 제공한 정보는 가계 소득과 지출을 포함하고 있습니다.
- \* 이 정보 및 신용 보고서, 기타 공개된 정보는 Memorial Hermann Surgical Hospital First Colony에서 결제 계획을 세우고/세우거나, 재정 지원 신청을 하고/하거나, 다양한 프로그램, 보장 또는 지원에 대한 자격을 결정하는 등의 목적으로 사용될 수 있음을 이해합니다.
- \* 본인은 본인이 진술한 내용을 확인하기 위해 Memorial Hermann Surgical Hospital First Colony에서 모든 소스를 통해 정보를 수집하는 것에 동의합니다.
- \* 제공된 정보가 재정 지원에 대한 자격을 결정하는 데 불완전하거나 불충분하고, 귀하가 자격 요건에 부합하지 않을 경우 Memorial Hermann Surgical Hospital First Colony가 서신으로 알려드릴 것입니다. 또한 재정 지원에 대한 자격이 적격한 경우에도 서신으로 알려드릴 것입니다.
- \* 재정 지원을 신청한 환자는 지역, 주 또는 연방 프로그램의 자금을 수령할 자격을 갖추 수 있습니다. 환자들은 재정 지원에 대한 자격이 결정되기 전에 그러한 프로그램을 신청해야 합니다. Memorial Hermann Surgical Hospital First Colony에서는 개인이 그러한 프로그램을 신청할 때 지원해 줄 것입니다. 그러한 프로그램을 신청하지 않을 경우, 환자의 재정 지원 신청을 고려할 때 부정적인 영향을 줄 수 있습니다.
- \* 본인은 Medicaid, Crime Victims, Health Exchange Insurance 및 기타 지역, 주 또는 연방 보증을 포함하여 신청 가능한 모든 보험 혜택을 신청했음을 증명합니다.
- \* 본인은 재정 지원에 대한 자격을 갖추지 못할 경우, 진료비를 본인이 부담해야 함을 이해합니다.

환자/보증인 서명

날짜

이 신청서를 작성한 후, 신청서와 모든 지원 서류를 다음 주소로 보내 주십시오.

**Patient Business Office**  
**16906 Southwest Freeway**  
**Sugar Land, Texas 77479**  
**Attention: Financial Assistance**

Office Use Only

Financial Assistance Approved by Facility CEO / CFO

Approved by:

Name / Signature

Title

Date

뒷면 참조



뒷면 참조