

재정 지원 신청서

환자 또는 신청인 성명: _____

주소: _____

도시: _____ 주: _____ 우편 번호: _____

전화번호: _____ 혼인 상태: _____

서비스 날짜: _____
계좌번호: _____
CSN: _____
병원: _____

다음은 재정 지원 시 고려 사항으로 필수 작성 항목입니다. 비보험 환자는 지원받기 전에 보험 적격성 벤더에 참여해 주셔야 합니다. 지원 결정은 완료된 신청서 접수 날짜와 벤더 참여 날짜로부터 90일 이내에 내려집니다.

이름	환자와의 관계	생년월일	서비스 날짜 직전 3개월간의 총 소득	서비스 날짜 직전 12개월간의 총 소득	소득원 고용주 이름(대학생이라면 주 이름)
	자가				

- 총 소득이 전무하다고 신고한 경우 생활비는 어떻게 조달하고 계십니까? _____
- 방문 시점에 어느 주에 거주하고 계셨습니까? _____
- MEDICAID 또는 다른 국가 지원을 신청한 적 있습니까? 아니요 예(날짜/주 _____)
- 서비스 날짜를 기준으로 건강 보험에 가입한 상태였습니까? 아니요 예(본 신청서와 함께 카드 사본 제공)
- 서비스 날짜가 자동차 사고와 관련 있습니까? 아니요 예(보험 이름/청구 번호 _____)
- 가족 중 당좌예금 또는 저축예금을 보유한 사람이 있습니까? 아니요 예(예금액 _____)
- 가족 중 다른 자산을 보유한 사람이 있습니까? 아니요 예(유형/가치) _____
- 주택 소유자입니까, 임차인입니까? 소유자 임차인 기타(_____)

위에 열거된 소득 자산과 관련하여 각 가족 구성원의 다음 자료를 제공하십시오.

(접수된 항목에 확인 표시)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 고용 = 3개월 또는 12개월 소득 | <input type="checkbox"/> 자영업 = 일람표 C를 포함하는 전체 세금 양식 |
| <input type="checkbox"/> 실직 = 보조금 서신 | <input type="checkbox"/> 자녀 양육비 = 법원 명령서 |
| <input type="checkbox"/> 사회보장제도 = 보조금 서신 | <input type="checkbox"/> 기타 = 배당금, 이자, 임대 소득 등의 기타 소득에 대한 증빙 |
| <input type="checkbox"/> 연금 또는 장애인 수당 = 보조금 서신 | <input type="checkbox"/> 당좌예금/저축예금 = 각 계좌의 지난 30일 명세서 |

증명: 본인은 본 문서에 서명함으로써 본 신청서에 기재한 답변이 사실임을 확인합니다. 개인이 작성한 재정 지원 신청서를 추후 검토했을 때 해당 개인이 제공한 정보가 올바르지 않거나 사실이 아님이 드러날 경우 재정 지원 결정이 철회되고 책임 있는 당사자에게 해당 비용이 청구될 수 있습니다. 본인은 본인이 제출한 정보가 병원 서비스 제공자(예: 신용 보고 기관)가 검증할 대상이 되며 연방 및/또는 주정부 기관 및 필요에 따라 기타 기관의 검토 대상이 됨을 이해하고 있습니다.

환자 서명: _____ 날짜: _____

신청인 또는 대리인 서명: _____ 관계: _____ 날짜: _____
(환자가 아닌 경우)

완료한 신청서 및 문서를 보낼 주소:

Bon Secours Southside Regional Medical Center(본 세커 - 사우스사이드 지역 의료 센터)
200 Medical Park Blvd. | Petersburg, VA 23805