

재무 정보 양식 / 재정 지원 신청서

양식 작성에 관한 도움이 필요하거나, 문의사항이 있는 경우 713.338.5502번 또는 800.526.2121번으로 전화하여 5번을 눌러 주십시오.

환자 이름:	전화번호:
환자 주소:	시, 주, 우편번호:
계정 번호:	서비스 날짜:

지침: 모든 질문에 답변해야 합니다. 특정 질문이 본인에게 해당하지 않을 경우, 해당 기입란에 N/A로 적으십시오.

사진이 있는 신분증(주에서 발행한 사진이 부착된 운전면허증 또는 여권 등) 사본 1장을 첨부해 주십시오.*

최근의 소득세 환급 사본 또는 다음 소득 증명서 사본 1부를 첨부해 주십시오.

최근의 2회분 급여 명세서

실업 수당 확인서

사회보장 수표 또는 사회보장 수당 수령자 확인서

고용주가 발행한 직원 이름, 직업, 시간당 급여, 근무 시간 등이 명시된 문서

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

*** 증빙 서류가 있을 때만 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 부양 가족(필요한 경우 용지 추가)					
이름	생년월일	부양 가족과의 관계 (하나만 선택)			
		자녀	의붓자녀	보호자	성인/고령자 혈연 또는 가족 관계가 아님

취업 여부 요약	배우자
환자	배우자
고용주	고용주
직업	직업
취업 여부 (하나만 선택)	취업 여부 (하나만 선택)
<input type="checkbox"/> 정규직 <input type="checkbox"/> 파트 타임 <input type="checkbox"/> 무직 <input type="checkbox"/> 주부 <input type="checkbox"/> 재취업 불가능	<input type="checkbox"/> 정규직 <input type="checkbox"/> 파트 타임 <input type="checkbox"/> 무직 <input type="checkbox"/> 주부 <input type="checkbox"/> 재취업 불가능

월 가계 소득	월 가계 지출 (FAA는 해당되지 않음)
환자 \$ _____ /월	주거지: _____ 소유/론 _____ 임차
배우자 \$ _____ /월	집세 \$ _____ /월
이혼 수당 \$ _____ /월	공과금(전기료, 수도 요금) \$ _____ /월
실업 수당 \$ _____ /월	차량 1 \$ _____ /월
양육비 \$ _____ /월	차량 2 \$ _____ /월
유족 급부금 \$ _____ /월	차량 연료비 \$ _____ /월
산재보험 \$ _____ /월	보험료 \$ _____ /월
신탁 기금 \$ _____ /월	TV / 케이블 / 전화요금 \$ _____ /월
기타 \$ _____ /월	식료품 \$ _____ /월
총 소득 \$ _____ /월	총 지출 \$ _____ /월

은행 계좌/기타 자산 (3가지 질문에 모두 답변해야 함):				(FAA는 해당되지 않음)
체크 계좌? (하나에 동그라미)	예	아니요	현재 잔고	\$ _____
세이빙 계좌? (하나에 동그라미)	예	아니요	현재 잔고	\$ _____
기타 자산? (하나에 동그라미)	예	아니요	현재 가치	\$ _____
예일 경우, 자세히 설명하십시오: _____				

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 Hermann이 결제 계획 및/또는 재정 지원 신청 및/또는 다양한 프로그램, 보장 또는 지원에 대한 자격을 결정하는 등의 목적으로 사용될 수 있음을 이해합니다.
- 본인은 본인이 진술한 내용을 확인하기 위해 Memorial Hermann이 정보를 수집하는 것에 동의합니다.
- 제공된 정보가 재정 지원에 대한 자격을 결정하는 데 불완전 또는 부족하거나, 귀하가 자격 요건에 부합하지 않을 경우 Memorial Hermann이 서신으로 알려드릴 것입니다. 또한 재정 지원에 대한 적격자로 확인된 경우에도 서신으로 알려드릴 것입니다.
- 재정 지원을 신청한 환자는 지역, 주 또는 연방 프로그램의 자금을 수령할 적격자일 수 있습니다. 환자들은 재정 지원에 대한 자격이 결정되기 전에 그러한 프로그램을 신청해야 합니다. Memorial Hermann은 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 자격요건이 되지 않는 경우, 진료비를 본인이 부담해야 함을 이해합니다.

환자/보증인 서명 _____

날짜 _____

본 신청서를 작성하신 후 모든 관련 증빙 서류와 함께 다음 연락처로 우편, 팩스 또는 이메일을 통해 보내 주십시오.

Patient Business Services
909 Frostwood Dr., Suite 3:100
Houston, Texas 77024
Attention: PBS Financial Assistance
팩스: 713-338-4261
이메일: MHFinancialAssistance@memorialhermann.org

직원 작성란
시설 CEO / CFO가 승인한 재정 지원

승인자: _____

이름 / 서명

직위

날짜