

For Administrative use only

Facility_____

Account # _____

Med.Rec# _____

재정 지원 신청서

(첨부 문서 A)

For Administrative use only

Patient Type _____

Amount of W/O \$ _____

Method of Calculation _____

I. 환자 인구통계 정보

환자 이름: _____

(성) (이름) (중간 이름) (SSN – 필수는 아님) (생년월일)

보증인 이름: _____

(성) (이름) (중간 이름) (SSN – 필수는 아님) (생년월일)

주소: _____

(거리) (시) (주) (우편 번호)

자택 전화번호: _____ 직장 전화번호: _____ 휴대전화 번호: _____

II. 가구 정보

부모의 결혼 상태: (하나에 동그라미)	기혼	독신	별거	총 가구 구성원 수:
--------------------------	----	----	----	-------------

배우자 및 피부양자 이름: (추가적인 피부양자가 있을 경우 별도의 용지 첨부)	생년월일	소셜 시큐리티 번호 (필수는 아님)

III. 현재 고용 정보

직원 이름(환자, 보증인, 배우자 또는 피부양자):	직원 이름, 주소 및 고용 날짜
	고용 날짜:
	고용 날짜:
	고용 날짜:

IV. 보험 정보(추가적인 보험 정보가 있을 경우 별도의 용지 첨부)

귀하는 건강 보험 보장을 받고 있거나 건강 보험(Medicaid, Child Health Plus, Family Health Plus 또는 Healthy NY 등)을 신청 중입니까?	예	아니요
---	---	-----

'예'로 답변하신 경우, 관련 정보를 제공해 주십시오.
(보험사 이름, 주소, 전화번호, 보험증서/단체 번호 및 가입자 정보 등 기재)

V. 기타 정보

사고나 부상 때문에 해당 치료를 받게 되셨습니까?	예	아니요
'예'로 답변하신 경우, 사고 날짜를 기재해 주십시오:		
사고에 대한 간략한 설명:		
사고가 발생한 거리, 시 및 주:		
주택 소유자 보험 또는 책임 보험과 관련이 있습니까?		

병원에서 귀하의 신청에 대한 결정을 알리는 서신을 보낼 때까지 귀하는 병원에 어떠한 비용도 지불할 필요가 없습니다.

재정 지원 신청서

(첨부 문서 B)

VI. 재정 진술서

환자, 보증인, 배우자 및 피부양자에 대한 총액 기재: (필요 시 용지 추가)

월 소득:	금액:
총 임금, 급여, 팁	\$
소셜 시큐리티 수당	\$
장애인 수당	\$
실업 수당	\$
아동 지원	\$
이혼 수당/생계비	\$
임대 소득	\$
부동산 소득	\$
연금	\$
배당금/이자	\$
기타 소득(자세히 기재):	
	\$
	\$
	\$

증명

본인은 본인이 아는 한 위의 정보가 정확하고 사실임을 보장합니다. 본인은 거짓 또는 허위 정보를 제공할 경우, 본인의 재정 지원 수혜 자격이 박탈되는 것을 이해합니다. 본인은 제공된 정보의 검증, 관련 연방 및 주 법에 따른 청구 및 수금을 위해 필요한 모든 정보를 공개하는 것을 승인합니다. 본인은 또한 본인의 병원비 지불을 위해 이용할 수 있는 모든 지원(Medicaid, Medicare, 보험 등)을 신청하고 이러한 지원을 받기 위해 합리적으로 필요한 모든 조치를 취할 것이며 병원비 공제액을 병원에 할당 또는 지불할 것입니다.

본인은 이 신청서가 병원이 병원에서 정한 기준에 따라 본인의 재정 지원 수혜 자격을 판단하도록 하기 위해 작성되는 것임을 이해합니다.

본인은 또한 자격 결정을 위해 요청되는 추가 정보를 제공하는 데 동의합니다. 본인은 본인의 필요, 보험 자격, 소득, 재산, 생활 형태 또는 주소에 변동이 있을 경우, 해당 변동 사항을 NYU Hospitals 에 즉시 알리는 데 동의합니다.

신청자 서명: _____ 날짜 _____

인터뷰 담당자 서명: _____ 날짜 _____

병원에서 귀하의 신청에 대한 결정을 알리는 서신을 보낼 때까지 귀하는 병원에 어떠한 비용도 지불할 필요가 없습니다.