

재정 지원 신청서

신청인 정보

모든 분야를 작성하여야 합니다

서비스 날짜 (과거 또는 미래): _____ 시설: _____
 환자 이름: _____ 사회 보장 번호#: _____
 생년월일: _____ 실제 주소: _____
 시: _____ 주: _____ 우편번호: _____
 우편 주소: _____ 의료 기록 번호: _____
 전화번호: _____ 신청서를 작성한 사람 이름: _____
 환자와의 관계: _____

본인을 포함한 가족 구성원 실명 (보증인)

| 성명 (성,이름) | 생년월일 | 연령 | 관계 | 직업 | 사회 보장 번호 # | 연간 소득 |
|-----------|------|----|----|----|------------|-------|
| | | | | | | \$ |
| | | | | | | \$ |
| | | | | | | \$ |
| | | | | | | \$ |
| 합계 | | | | | | \$ |

소득원 (0이면 박스 안에 0으로 표시)

| | |
|---------------------------|----------------|
| 소득 | \$ |
| 사회 보장 혜택 | \$ |
| 기타 소득 /위자료/투자 수익 /퇴직금 | \$ |
| 총 소득 | \$ |
| 401K 잔액 | \$ |
| 모기지 금액 | \$ |
| 집세 | \$ |
| 저축 예금 잔액 | \$ |
| 의료 증명서 변경 | |
| 소득이 없다면 어떻게 자립하고 있습니까? | 아래에 설명하십시오: |
| | |

기타 보장 질문

| | |
|--|---|
| 환자가 건강보험에 가입되어 있습니까? | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 |
| 자동차 보험 회사 또는 산재 보상과 같은 제3자 책임으로 인해 부상을 입은 환자가 치료를 받고 있습니까? | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 |
| 환자가 메디케이드가 있습니까? _ 예일 경우 2 페이지로 가십시오 | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 |
| 환자가 메디케이드를 신청하셨습니까? | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 |
| 임신 중입니까? | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 |
| 사회 보장 장애자입니까? | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 |
| 귀하는 65세 이상입니까? | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 |
| 귀하는 19세 이하입니까? | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 |
| 귀하는 양육 중인 부모이며 실직하셨습니까? | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 |
| | |

재정 지원 신청서

성명서: 나는 내가 제공한 정보가 내가 아는 사실이고 정확함을 보증합니다. 본인은 제출한 정보가 신용 기관 점수를 포함하여 검증 대상이며 필요에 따라 연방 및 주정부 기관 및 기타 기관의 검토 대상임을 이해합니다. 나는 고용주가 내 소득 증빙자료를 피드먼트 병원에 공개하도록 승인합니다.본인은 내가 제공한 정보가 사실이 아닌 것으로 판명될 경우 피드먼트 병원이 내 재정 상태를 재평가하고 적절한 조치를 취할 것임을 이해합니다.

또한 본인은 피드먼트 병원 계정 비용을 지불할 수 있는 모든 지원 (예:메디케어, 메디케이드, 주정부 보조(암을 위한 용도), 직업 재활, 보험 등)을 신청하는 데 동의합니다. 본인은 피드먼트 병원의 메디케이드 자격 프로세서인 체인지 헬스케어에 전적으로 협력하여 그러한 지원을 받는 데 필요하다고 간주될 수 있는 모든 조치를 취하고 피드먼트 병원 요금에 대해 회수된 금액을 피드먼트 병원에 할당하거나 지불할 것입니다. 완전한 재정지원 프로그램 신청서는 보증인 별로 적용됩니다.

| | | | |
|--------|------------------|----|----|
| 신청자 서명 | 신청자 이름 (정자로 쓰시오) | 날짜 | 시간 |
| 증인 서명 | 증인 이름(정자로 쓰시오) | 날짜 | 시간 |

본 신청을 처리하는 데 있어 관련 증빙 서류가 요청됩니다. 요청된 정보가 제공되지 않을 시 신청이 거부될 수 있으며, 반려 시 이의를 제기할 수 없습니다. 신청서 작성에 있어 질문이 있거나 도움이 필요한 경우 다음 연락처를 통해 재정 지원 부서에 문의할 수 있습니다.

서류 요건

- 사진이 부착된 신분증(정부 발급 신분증만 해당):**
 - 주에서 발급한 유효한 운전면허증(특정 상황에 한해 유효하지 않거나 만료된 서류가 허용될 수 있음)
 - 주정부에서 발급한 카드 형태의 신분증
 - 여권
 - 군인 신분증
 - 모든 영사관 또는 학교에서 발급한 사진이 부착된 신분증
 - 비자 또는 카드 형태의 외국인 거주증(해당하는 경우)
 - 허용되지 않는 신분증 및 서류: 코스트코 멤버십 카드, 셀카 또는 크리스마스/연말연시 사진
- 거주 증명서 - 거주 증명서는 30일 이상 경과하지 않아야 하며 환자의 명의로 발부되어야 합니다. 허용되는 양식:**
 - 임대차 계약서 - 서류가 법적으로 유효하며 다른 모든 서류에 동일한 주소가 포함된 경우 사용할 수 있습니다.
 - 정부 보조 식권 관련 고지서
 - 공과금 청구서 - 실거주지 주소 포함
 - 신용카드 명세서, IRS(미국 국세청) 고지서, 메디케이드 고지서, 학교 서신(학생 증명), 은행 고지서, 주택담보대출 고지서 등 거주지를 증명할 수 있는 기타 기관 발급 서류
 - 참고: 우체국 사서함(P.O box)에는 거주지가 표시되지 않습니다.
- 소득 증명**
 - 근로자:** 필수 서류
 - 가장 최근 3개월간의 급여 명세서(환자 및 배우자/동거인)
 - 실업자:** 필수 서류 -
 - 월실업수당 청구서 또는 실업수당 판정서 사본(입출금 계좌, 저축 예금, 직불 계좌, 가상 계좌를 포함한 가장 최근 3개월간의 은행 계좌 내역서 사본 - 모든 계좌)
 - 자영업자:** 필수 서류 -
 - 입출금 계좌, 저축 예금, 직불 계좌, 가상 계좌를 포함한 가장 최근 3개월간의 은행 계좌 내역서 사본 - 모든 개인 및 법인 계좌
 - 은퇴자:** 필수 서류 -
 - SSN 고지서(해당하는 경우)
 - 입출금 계좌, 저축 예금, 직불 계좌, 가상 계좌를 포함한 가장 최근 3개월간의 은행 계좌 내역서 사본 - 모든 계좌
 - 메디케어 SSN 고지서 - WWW.SSA.gov/myaccount
- 그리고 - 다음 서류는 정보를 확인하는 데 사용되며 위의 필수 서류 목록을 대체하지 않습니다.**
 - 환자가 실업 보상, 메디케이드, 사회 보장 장애, 일반 보조 지원(General Assistance) 수급자임을 보여주는 모든 종류의 고지서
 - 정부 보조 식권 관련 고지서
 - 노숙자 상태임을 확인 - 보호소의 정식 명칭이 상단에 인쇄되어 있는 서신이 필요합니다.
 - 가족 구성원 또는 친구의 격려 서신은 허용되지 않는 증빙 서류입니다.
 - 환자가 받는 지원 형태가 기입된 기타 기관 발급 서류
- 부양가족 수 증명서**
 - 전년도 전체 세금 신고 증빙 사본 - 부양가족을 신청하는 경우에만 필요합니다.
 - 세금 신고 증빙 사본은 IRS.GOV에서 확인할 수 있습니다.
 - 법원이 명령한 후견인 서류 또는 양육권과 같이 환자에게 아동에 대한 법적 책임이 있음이 반영된 결정문

피드먼트 병원, 고객 솔루션 센터 • 2727 Paces Ferry Road, 빌딩#2, 10층, Atlanta, GA 30339

전화번호: 1-855-788-1212 • 팩스: 770-916-7511 • 이메일: Assistance@piedmont.org