

재정 지원 신청서

성명:		계좌 번호:	
주소:			
시:	주:	우편 번호:	
전화번호:		사회 보장 번호(Social Security Number, SSN)(마지막 4자리):	

가구 정보: 환자 및 배우자, 18세 미만의 생물학적 자녀/법적 입양 자녀를 포함한 모든 가구원을 기재하시길 바랍니다.

성명	환자와의 관계	나이/생년월일 (Date of Birth, DOB)	서비스 제공일 이전 3개월간의 총소득	서비스 제공일 이전 12개월간의 총소득
	본인			

소득이 없는 경우 생계 유지 방법은 무엇입니까?

서비스 제공일에 의료 보험에 가입된 상태였습니까? ☐ 아니요 ☐ 예(신청서와 함께 카드 사본 제공)

예금 또는 저축 계좌를 보유한 가구원이 있습니까? ☐ 아니요 ☐ 예(가치 _____)

다른 자산을 소유한 가구원이 있습니까? ☐ 아니요 ☐ 예(유형/가치: _____)

상기 명시된 소득/자산의 경우, 각 가구원에 대한 다음 정보를 제공하셔야 합니다.

☐ 근로 = 서비스 제공일 이전 3개월 또는 12개월간의 총소득을 증명하는 급여 명세서

☐ 자영업 = 가장 최근에 제출한 전체 세금 양식(스케줄 C 포함)

☐ 사회 보장/연금/장애 = 가장 최근의 혜택 확인서

☐ 기타 = 기타 소득 증빙 서류(실업 급여, 배당금, 이자, 임대 소득 등)

☐ 예금/저축 = 계좌당 최근 30일 치 명세서

본 문서 서명 효과:

본인은 본 신청서의 모든 답변이 사실임을 확인합니다. 추후 검토에서 특정 정보가 사기임이 드러날 경우, 재정 지원 결정이 취소될 수 있으며 책임 당사자에게 대금이 청구됩니다.

본인은 본인이 제출한 정보가 필요에 따라 연방 및/또는 주 기관 등의 확인 및 검토 대상이 됨을 이해합니다.

환자 서명: _____ 날짜: _____

작성 완료한 신청서를 다음 주소로 발송해 주십시오.

ardentfinancialassistance@ensemblehp.com

팩스: 806-212-9006