

재정 지원 신청서

(별도의 언급이 없는 한 모든 항목을 작성해야 합니다)

환자의 성, 이름	생년월일	사회보장번호	*가족 구성원 수	최근 12개월 연간 가계 소득 \$
미성년자인 경우, 보증인의 성, 이름	생년월일	사회보장번호	보증인의 소득원	
자동차/보트/RV 포함, 가구 내 차량 (연 식/제조사/모델) (선택 사항)	당좌예금(체크)/저축예금(세이빙스) 계좌 잔고 (선택 사항)	소유 부동산 및 가치 (선택 사항)	CD/퇴직연금/ 투자 계정 잔고 (선택 사항)	기타 자산 (선택 사항)
환자 주소		주택 전화번호	소득이 \$0인 경우, 한 곳에 체크 표시하십시오.	
시, 주, 우편번호		대체 전화 번호	친척과 동거)	
가정 내 21세 미만의 자녀 수: _____				친구와 동거
				퇴직
				실직
				장애인
				노숙자

충분히 읽은 다음 서명하십시오. 본인은 본인이 제공한 정보가 본인이 아는 한 사실이고 정확함을 보증합니다. 본인은 본 병원비 청구서 지불에 대한 지원을 받기 위해, 개별적으로 또는 병원 직원의 도움을 받아 연방, 주, 지방 정부 및 민간 출처를 통해 이용 가능한 모든 지원을 신청합니다. 요청된 정보를 제공하는 데 병원 측 의료진과 협력하지 않으면, 가능한 재정 지원에 대한 신청이 거부될 수도 있음을 알고 있습니다. 이에, Medicaid 프로그램의 공인 대리인은 본인의 Medicaid 신청 상태와 모든 관련 정보, 그리고 신청이 승인되지 않은 경우 해당 사유를 병원 측 의료진에게 공개하는 것을 본인은 승인합니다. 본인은 상기 출처로부터 받은 모든 자금을 병원 측 의료진에게 양도합니다. 이 자금은 본 병원비 청구서 지불에 도움을 주기 위해 제공된 것입니다. 본인은 본인을 위해, 그리고 본인의 직계 가족, 공인 대리인, 의사, 카운슬러(성직자 포함) 및 변호사를 위해, 병원 측 의료진이 본인에게 제공한 서비스와 관련된 문제에 대해 본인과 병원 측 의료진 사이에 있었던 모든 서면 정보 교환 및/또는 구두 논의의 내용을 기밀로 보존 및 관리하는 데에 동의합니다. 본인이 제출한 정보가 신용보고기관을 포함한 병원 측 의료진의 확인을 거쳐야 하며, 연방 및/또는 주 기관 및 요구가 있을 경우 기타 기관에 의해 검토를 받아야 함을 알고 있습니다. 본인은 본인의 고용주가 병원 측 의료진에게 본인의 소득 증명서를 공개하도록 허가합니다. 본인이 제공한 정보가 사실이 아닐 경우, 본인의 병원 측 의료진이 본인의 재정 상태를 재평가하고 그에 따른 적절한 조치를 취할 것임을 본인은 알고 있습니다. 지원을 받을 자격이 되기 위해서는 가계 소득을 증명할 수 있는 증빙 서류를 적어도 한 부 제출해야 할 수도 있습니다. 증빙 서류로는 최근 연도의 소득 신고서, 현행 W-2, 공증된 증명 서신 등이 포함되나, 반드시 이것에 국한되지는 않습니다. 증빙 서류를 제공하지 않으면 본 지원 신청은 거부될 수 있습니다. 해당 미납금은 추후 징수 조치 대상이 됩니다. [플로리다 주 신청인: 플로리다 주 법령 s.817.50 (1). 플로리다 주의 병원으로부터 물품, 제품, 상품 또는 서비스를 고의로 사취 또는 그러한 행위를 시도하는 자는 s.775.082 또는 s.775-083에 명시된 대로 2급 경범죄로 유죄 처벌을 받을 수 있습니다.] 이 신청서와 관련하여 도움이 필요할 경우 (407) 303-0500번으로 전화하십시오.

신청자 / 보증인 서명

작성 일자

* 가구 내 인원 수를 계산할 때 아래에 해당하는 사람만 포함합니다. 1) 가정 내에 거주하는 혈족, 2) 가정 내에 거주하는 혼인에 의해 맺어 진 친척, 3) 가정 내에 거주하는 합법적 입양에 의한 친척.

Korean

공무란

Reason for Service	GAI	DOS	Family Size	Total Charges
1.0x	1.5x	2.0x	25% Rule	
Recommendation for account disposition				
Finance Committee Disposition				
_____	_____	_____	_____	_____
Manager	Date	Director	Date	