

## 재정 지원 신청서

보증인 ID

환자명(성, 이름, 중간 이름)

사회보장번호

생년월일

환자 주소

시

주

우편번호

카운티

혼인 여부 하나에 표시:

결혼  독신  미망인  별거/이혼

생년월일(월/일/연도)

전화번호

환자 고용 여부 예 아니요

배우자 고용 여부 예 아니요

환자 고용주: \_\_\_\_\_

배우자 고용주: \_\_\_\_\_

전화번호: \_\_\_\_\_

전화번호: \_\_\_\_\_

A. 소득 귀하의 가구 내 다음 각 해당인의 소득을 명시해 주십시오.

**환자** 정규직 시간제  
시간/주 = \_\_\_\_\_  
\$ \_\_\_\_\_ 시간 주 격주 월  
년  
\$ \_\_\_\_\_ 추가 소득

**배우자** 정규직 시간제  
시간/주 = \_\_\_\_\_  
\$ \_\_\_\_\_ 시간 주 격주 월 년  
\$ \_\_\_\_\_ 추가 소득

총 가구 소득 \$ \_\_\_\_\_

B. **소득 확인:** 모든 가구 소득원에 대해 2가지 형태의 소득 확인 (**사본만 송부, 원본 서류는 송부하지 않음**) 서류를 제출해 주십시오(아래에 기재된 허용 가능한 서류).

**은행 명세서(권장)** **은행 명세서(권장)** **급여 송금 기록**  
권장 서류를 제공할 수 없는 경우 이유를 명시해 주십시오.

C. **가족 구성원:** 환자 가족의 총 구성원 인원을 명시해 주십시오.

(이 인원수는 환자, 환자의 배우자 및 환자의 부양 가족만 포함해야 함)

D. **자산 및 기타 자원:** 귀하의 답변에 동그라미로 표시해 주십시오

이용 가능한 자산이나 기타 자원이 있습니까?(예: 저축 예금 계좌, 신탁, 주식, 채권, 퇴직 계좌, 유추얼 펀드 등)	예	아니요	예인 경우, 현재 이용 가능한 금액: \$ _____
의료보험이 있습니까?	예	아니요	예인 경우, 제공자 이름 명시: _____
건강 저축 계좌(Health Savings Account) 또는 유동 소비 계좌(Flexible Spending Account)가 있습니까?	예	아니요	예인 경우, 현재 이용 가능한 금액: \$ _____

본인은 Methodist Health System(MHS)이 본 신청서에 대한 MHS의 평가와 관련하여 본 재정 지원 신청서(Financial Assistance Application, 이하 "FAP")에 포함된 재무 정보를 확인할 수 있음을 이해하며, 이에 따라 본인은 본인의 서명을 통해 본인의 고용주 또는 본 신청서에 명시된 여타의 해당인이 본 신청서에 제공된 정보와 관련해 추가 세부정보를 증명 또는 제공하도록 권한을 부여합니다. 본인은 또한 MHS가 신용보고 기관 및 사회 보장국(Social Security Administration)에 보고서를 요청할 권한을 부여합니다. 본인은 본 신청서에 작성된 진술이 본인이 알고 믿는 한도 내에서 사실이며 정확하게 작성된 것임을 보증합니다. 본인은 본 신청서에 대한 정보의 위조 또는 허위 진술로 인해 재정 지원이 거부될 수 있음을 알고 있습니다. 또한 의사와 의료 제공자가 MHS의 직원이 아님을 이해합니다. 본인은 해당 제공자로부터 별도의 청구서를 수령할 수 있으며 본 재정 지원 신청서는 납부해야 하는 해당 잔액에 적용되지 않음을 이해합니다.

환자 또는 책임 당사자의 서명

정가체 이름

날짜

작성된 신청서 우편 수신처

Methodist Health System  
CC 90840  
Po Box 655999  
Dallas, TX 75204