



## 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 아니오

배우자 고용 여부 예 아니오

환자 고용주: \_\_\_\_\_

배우자 고용주: \_\_\_\_\_

전화번호: \_\_\_\_\_

전화번호: \_\_\_\_\_

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

환자  년	정규직 시간제	배우자	정규직 시간제
	시간/주 = _____	시간/주 = _____	
	\$ _____ 시간 주 격주 월	\$ _____ 시간 주 격주 월	년
	\$ _____ 추가 소득	\$ _____ 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	은행	급여 송금 기록
세금 명세서(권장)	명세서(권장)	
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	아니오	예인 경우, 현재 이용 가능한 금액: \$ _____
의료보험이 있습니까?	예	아니오	예인 경우, 제공자 이름 명시: _____
건강 저축 계좌(Health Savings Account) 또는 유동 소비 계좌(Flexible Spending Account)가 있습니까?	예	아니오	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

정자체 이름

날짜

40795K (11-20)

작성된 신청서 우편 수신처

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