

# 재정 지원 신청서

## 섹션 1: 환자 정보

귀하 이름과 의료 서비스를 받을 당시 주소와 기타 알아야 할 정보를 이 섹션에 기록하십시오.

서비스 \_\_\_\_\_ 계정 번호 날짜 \_\_\_\_\_

환자 이름: \_\_\_\_\_  
이름 성 종간 이름 이니셜

주소: \_\_\_\_\_ 시: \_\_\_\_\_ 국가: \_\_\_\_\_  
도로 번호

거주 주: \_\_\_\_\_ 우편번호: \_\_\_\_\_ 생년월일: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 혼인 상태:  미혼  기혼  이혼

일차 전화번호: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  자택  휴대  전화 직장  기타 \_\_\_\_\_

이메일 주소: \_\_\_\_\_

서비스 당시 건강 보험:  보험 없음  메디케어  메디케이드  기타 \_\_\_\_\_

## 섹션 2: 가족 수입 및 자산

본인, 배우자 및 기타 가족 구성원 수입을 제공하십시오(해당 시).

| 수입원                | 서비스 이전 3개월 동안 총수입 | 서비스 이전 12개월 동안 총수입 |
|--------------------|-------------------|--------------------|
| 월급/자영업             | \$ _____          | \$ _____           |
| 사회 보장              | \$ _____          | \$ _____           |
| 연금, 배당금, 이자, 임대 소득 | \$ _____          | \$ _____           |
| 실업 수당, 산재 보상       | \$ _____          | \$ _____           |
| 양육비(환자가 수령인인 경우)   | \$ _____          | \$ _____           |
| 기타                 | \$ _____          | \$ _____           |

신청일 기준 총자산(자산 - 대출): \$ \_\_\_\_\_

## 섹션 3: 가족 정보 및 수입

가정 내 모든 가족 구성원의 이름과 생년월일을 나열하십시오.

귀댁에 거주하고 있는 직계 가족에 대해 다음 정보를 제공하십시오. HCAP 목적으로, 가족이란 환자 자신, 환자 자택에 거주하는 환자 배우자, 환자의 18세 이하 자녀(친자 또는 입양)를 의미합니다. 환자가 18세 미만이라면, 가족에는 환자의 자택에 거주하는 환자의 친부모 또는 양부모, 환자 부모의 18세 이하 자녀가 포함됩니다.

| 가족 구성원 이름(환자 포함) | 생년월일 | 환자와의 관계 |
|------------------|------|---------|
| 1. 환자: _____     |      |         |
| 2. _____         |      |         |
| 3. _____         |      |         |
| 4. _____         |      |         |
| 5. _____         |      |         |
| 6. _____         |      |         |

본인은 아래 서명함으로 이 신청서와 첨부 자료의 내용이 사실임을 확인합니다.

책임 당사자 서명: x \_\_\_\_\_ 날짜: \_\_\_\_\_