

# 금융 지원 신청서

**섹션 1: 환자 정보**

이름, 의료 서비스를 받은 시점에서의 주소와 이 섹션에 명시된 기타 정보를 기입하십시오.

계정번호    서비스 날짜 \_\_\_\_\_

환자 성명: \_\_\_\_\_

성

이름

중간 이니셜

 주소: \_\_\_\_\_ 도시: \_\_\_\_\_ 카운티: \_\_\_\_\_  
도로와 번지

 거주하는 주: \_\_\_\_\_ 우편번호: \_\_\_\_\_ 생년월일: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 결혼 상태:  독신  기혼  이혼

 주 전화번호: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_  자택  휴대폰  직장  기타 \_\_\_\_\_

이메일 주소: \_\_\_\_\_

 서비스 날짜 시기에 가입한 의료 보험:  보험 없음     Medicare     Medicaid     기타

**섹션 2: 가구 소득 및 자산**

귀하와 배우자 그리고 다른 가족 구성원들(적용되는 경우)의 소득을 기입하십시오.

소득원	서비스 전 3 개월 합산	서비스 전 12 개월 합산
임금/자영업	\$ _____	\$ _____
소셜 시큐리티	\$ _____	\$ _____
연금, 배당금, 이자, 임대소득	\$ _____	\$ _____
실업수당, 재해보상	\$ _____	\$ _____
육아지원(부모가 대상 수령인인 경우에만)	\$ _____	\$ _____
기타	\$ _____	\$ _____

신청일 현재 총 순자산(자산-부채): \$ \_\_\_\_\_

**섹션 3: 가구 정보 및 소득**

가구의 모든 구성원을 나열하고 생년월일을 기입하십시오.

귀하의 집에 살고 있는 모든 직계 가족에 대해 다음 정보를 기입하십시오. HCAP의 목적을 위해, 가족은 부모, 부모의 배우자, 부모의 집에 살고 있는 18 세 미만의 모든 자녀(친자녀 또는 입양자녀)로 정의됩니다. 만약 부모가 18 세 미만인 경우, 해당 가족에는 부모, 부모의 친부모 또는 양부모, 해당 부모의 집에 살고 있는 18 세 미만의 자녀(친자녀 또는 입양자녀)가 포함됩니다.

가족 구성원 이름, 환자 포함    생년월일    부모와의 관계

1. 환자 \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_

**아래에 서명함으로써, 본인은 이 신청서와 첨부 서류에 명시한 모든 정보가 사실임을 확인합니다.**

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

**아래에 서명함으로써, 본인은 이 신청서를 검토한 후 승인하였음을 확인합니다.**

병원 CEO 서명: x \_\_\_\_\_ 날짜: \_\_\_\_\_

 작성한 신청서 반송처: **Riverside Rehabilitation Hospital**

250 Josephs Drive, Yorktown, VA 23693    (757)272-0300