

재정 지원 신청서

환자 이름: _____
환자 주소: _____
전화번호: _____ 수술 날짜: _____
이메일: _____
총 요금: _____ 할인 금액: _____
지원 요청자: _____ 환자와의 관계 _____

소득 신고서에 나와있는 대로 환자를 포함한 환자의 모든 가족 구성원을 명시하십시오. 필요시 추가 종이를 사용하십시오.

이름	나이	관계	월 총 수입	수입원

다음의 자산, 부채, 수입 및 지출 부분 작성을 완료해주십시오:

현재 고용된 상태입니까? 네 _____ 아니요 _____

가장 최근 2 개의 수입명세서와 세금 환급 명세서 사본을 제공해주시기 바랍니다.

집을 소유하고 있거나 임대하고 있습니까? 소유 임대 매달 월세/대출 금액: \$ _____

남아있는 대출 금액: \$ _____

차를 소유하고 있거나 임대하고 있습니까? 소유 임대 매달 자동차 할부금액: \$ _____

매달 자동차 대출 금액: \$ _____

매달 생활비는 얼마입니까? \$500 이하 \$500 에서 \$1,000 사이 \$1,000 에서 \$2,000 사이 \$2,000 이상

지난 (3)개월 동안 총 가족 수입 \$ _____

입출금 계좌 잔액 \$ _____ 저금 계좌 잔액 \$ _____

비연금 투자 \$ _____ 연금 저축 계좌 \$ _____

다음 추가 사항을 받고 있거나 갖고 있는 경우 표시하십시오: 민영보험 참전 군인 보험 Champus/Tricare

Medicare Medicaid SNAP 식품구입권

TANF COBRA 기타 사항을 명시해주십시오: _____

이 서비스의 원인은 사고로 인한 귀하가 받은 배상 청구나 귀하의 변호사에 의한 배상 청구입니까? _____

그렇다면, 변호사의 이름과 연락처는 무엇입니까? _____

본인은 위의 정보가 사실이고 정확함에 동의합니다. 본인은 Lake Ridge Surgery Center 가이 정보를 고용주와 기타 기관과 함께 확인하는 것에 동의합니다. 본인은 또한 이 정보가 연방 및/ 또는 주 기관에 의해 검토될 수 있음을 이해합니다. 본인은 또한 본인이 이용 가능한 기타 지원을 위한 신청을 할 것임을 이해합니다.

서명: _____ 날짜 _____



Place
Stamp
Here

Lake Ridge Surgery Center
ATTN: Business Office Manager
12825 Minnieville Road, Suite 204
Woodbridge, Virginia 22192

친애하는 Lake Ridge Surgery
Center 환자 여러분께,

저희는 의료 서비스 제공자로서
환자의 입원부터 퇴원과 결제까지
환자의 건강 관리에 신경 쓰고
있습니다.

저희는 의료 서비스 비용이
갑작스럽고 이 재정적 의무를
충족하는 것이 힘들어 보일 수
있다는 점을 이해합니다. 귀하께서
건강 보험에 가입하지 않으셨을
경우, 더더욱 그러합니다.

귀하의 수입을 기반으로, 귀하께서
재정 지원 또는 할인된 의료
서비스 수여에 적합한 자격을
기졌다고 생각하실 경우, 이
양식을 작성하여 저희에게
제출하시면 저희가 귀하의 재정
지원 자격 여부를 평가하도록
하겠습니다.

(703) 357-9568 로 연락하실 수
있습니다. 귀하에게 도움을 드릴
수 있기를 바랍니다.