



재정 지원 신청서

_____ 환자 관리 번호

_____ 진료받았던 병원

_____ 환자 성

_____ 환자 이름

_____ 환자 소셜 시큐리티 #

_____ 환자 생년월일

_____ 보증인 성(다를 경우)

_____ 이름

_____ 보증인 소셜 시큐리티 #

_____ 생년월일

_____ 보증인 자택 주소

_____ 자택 전화번호

_____ 시

_____ 주

_____ 우편번호

_____ 보증인 직장명

_____ 보증인 직위/부서

_____ 보증인 직장 주소

_____ 보증인 직장 전화번호

_____ 시

_____ 주

_____ 우편번호

_____ 배우자 직장명

_____ 배우자 직위/부서

_____ 배우자 직장 주소

_____ 배우자 직장 전화번호

_____ 시

_____ 주

_____ 우편번호

세대 구성원(신청인 포함)

성명	환자와의 관계	생년월일	직장	연 소득
1)				
2)				
3)				
4)				
5)				
6)				
7)				
8)				
9)				
10)				

Dignity Health 지급 지원 신청서(계속)

재정 지원에 대한 자격 조건을 판단하기 위해 가계 곤란을 증명할 수 있는 아래의 정보를 제출해 주실 것을 요청합니다. 신청서를 작성하신 후 아래 나열된 항목과 함께 제출해주시기 바랍니다. 제출하지 못하는 서류가 있거나 평가에 영향을 미칠 수 있는 추가 사항이 있으시면, 상황을 설명하는 서면 진술서를 제출해주시요.

구비 서류:

1. 신분증 - 다음 중 **한 가지**를 제출합니다.
 - 소셜 시큐리티 카드 사본
 - 주에서 발행한 운전 면허증 사본
 - 기타 사진이 포함된 신분증 사본
2. 현주소지 증명 - 다음 중 **한 가지**를 제출합니다.
 - 임대료 영수증
 - 공과금 고지서
3. 거주 상태에 따른 Medi-Cal 또는 Medicaid 프로그램에 대한 적격승인 거절.
4. 서비스를 제공되기 이전 12개월간의 모든 가족 구성원에 대한 소득 증명서*. 여기에는 동일 기간에 대한 가장 최근의 소득세 신고서 또는 급여명세서가 포함될 수 있습니다. 개인사업자는 사업 손익계산서(Schedule C)를 소득세 신고서와 함께 제출합니다. 제출할 수 없는 경우, 별도의 종이에 최근 3개월의 재정 상태를 서술하는 설명을 기재하고 본 신청서와 함께 제출하십시오.

*환자의 가족에 해당하는 사람은 다음과 같습니다.

- a) 18세 이상 환자의 경우 - 배우자, 동거인(가족법 제297항의 정의에 따름) 및 21세 미만의 부양자녀(동거 여부와 관계없음)
- b) 18세 미만 환자의 경우 - 부모, 친척인 보호자, 부모 또는 친척인 보호자의 21세 미만 자녀

제출 서류의 최초 검토가 완료되면 자격 심사를 위해 다음 사항이 요구될 수 있습니다.

화폐성 자산 증명서 - 다음을 **전부** 제출합니다.

- 최근 3개월간의 당좌 예금 계좌 명세서
- 최근 3개월간의 일반 예금 계좌 명세서
- 주식, 채권 및 양도성 예금증서(CD)

아래 서명함으로써 귀하는 지급 지원 대상으로 고려되는 것에 동의합니다. 또한, 본 신청서에 기재한 모든 내용이 사실이며 아는 한 모든 내용을 기재했음을 증명합니다. 만약 귀하가 제공한 정보가 불완전하거나 거짓이라고 판정될 경우, 청구서 할인이 번복될 수 있으며 전액을 납부하시게 될 수 있습니다. 아래 서명함으로써 귀하는 재정 지원 고려를 위해 본 신청서를 평가하는 데 있어 참고 자료와 신용기록을 조회할 수 있는 권한을 Dignity Health 에 부여합니다.

보험사, 산재보상제도 또는 다른 제삼자로부터 지급을 받게 되면 귀하는 이러한 지급에 대해 병원에 알리는 것에 동의합니다. 병원 서비스에 대한 지급금을 제삼자로부터 받을 경우 병원은 원래의 청구금액 전액을 추심할 권리를 보유합니다.

청구서 책임자 서명(보증인)

일자

작성을 완료한 신청서를 다음 주소로 우편 발송해주시요.

Bakersfield Memorial Hospital
420 34th St
Bakersfield, CA 93301
2016