

# St. David's Healthcare Partnership 재정지원신청서

환자 성명 환자 의료비 회계 번호

전화 번호 사회 보장 번호 생일(월/일/년)

고용  
 비 고용

직원(이름, 주소, 전화번호)

배우자 성명 사회 보장 번호 생일(월/일/년)

환자의 부친(환자가 미성년자인 경우) 사회 보장 번호 생일(월/일/년)

환자의 모친(환자가 미성년자인 경우) 사회 보장 번호 생일(월/일/년)

**A. 소득:** 본인 가구에 있는 다음 가족의 소득을 기재하십시오.

|     |          | 한 곳에 원으로 체크 |                          | 한 곳에 원으로 체크 |             |
|-----|----------|-------------|--------------------------|-------------|-------------|
| 환자  | \$ _____ | 시간/ 주/ 월/ 년 | 환자의 부친<br>(환자가 미성년자인 경우) | \$ _____    | 시간/ 주/ 월/ 년 |
| 배우자 | \$ _____ | 시간/ 주/ 월/ 년 | 환자의 모친<br>(환자가 미성년자인 경우) | \$ _____    | 시간/ 주/ 월/ 년 |

**B. 기타 금융 재산:** 저축 예금, 당좌 예금, 주식, 채권 등 해당하는 기타 금융 재산의 총액을 기재하십시오. \$ \_\_\_\_\_

이자 수익, 배당, 임대 소득 등 기타 금융 재산에서 발생하는 연간 소득을 기재하십시오. \$ \_\_\_\_\_

**C. 가족:** 환자의 가구에 있는 가족 수를 기재하십시오. \_\_\_\_\_

**D. 소득 확인:** 본인의 소득을 확인하기 위해 다음 유형의 서류 중 하나를 제시하십시오.

- IRS 서식 W-2
- 재직 증명서
- 급여 송금증
- 푸드 스탬프, CDIC, 메디케이드 또는 AFDC 와 같은 정부 지원 프로그램의 참여 증빙
- 세금 환급서
- 사회 보장이나 실업 수당 결정 통지문
- 계좌 내역서
- 기타에 해당하면 기재 바랍니다

위에 열거된 소득 문서 중 하나를 제공할 수 없는 경우 정보를 사용할 수 없는 이유를 설명하십시오:

본인은 St. David's Healthcare Partnership (SDHP)가 본 신청서에 대한 SDHP 의 평가와 관련하여 본 재정지원신청서("신청서")에 포함된 재정 정보를 검증할 수 있음을 이해하고, 본 문서에 서명함으로써 본인의 직원에게 본 신청서에 기재된 정보를 증명할 권한을 부여합니다. 또한, 본인은 SDHP 에게 신용평가기관 및 사회보장국에게 보고서를 요청할 권한을 부여합니다. 본인은 이 정보가 자신이 가진 최선의 지식임을 확인하고, 본 신청서에 있는 정보를 위조할 경우 재정 지원이 거부될 수 있음을 인지합니다.

본인은 모든 재정 지원이 본인의 저소득에 기반하고 있음을 이해하고, SDHP 가 새로운 소득원을 발견할 경우 전부 또는 일부의 재정 지원에 대한 허가를 소급할 수 있음을 이해합니다.

\_\_\_\_\_ 날짜 \_\_\_\_\_  
환자 또는 보호자의 서명

\_\_\_\_\_ 날짜 \_\_\_\_\_

SDHP 직원에 의해 재정지원신청서의 일부가 작성된 경우,  
SDHP 직원의 서명

## St. David's Healthcare Partnership 재정지원신청서 정보 및 지침

### 지침:

지역사회에 봉사하기 위한 노력의 일환으로, 그리고 St. David's Healthcare 시스템의 자선 목적 중 하나를 충족하기 위해, St. David's Healthcare Partnership 은 특정 소득 요건을 충족하는 개인에게 재정 지원을 제공하기 위해 대상자를 선택합니다.

재정 지원을 받을 자격이 있는지 판단하기 위해, 본 신청서에 기재된 특정 재정 정보를 알아야 합니다. 귀하의 협력이 있어야 귀하의 재정 지원 요건을 적절하게 검토할 수 있습니다.

재정지원신청서를 작성한 후 등록 담당자에서 신청서를 제출하시거나, 다음 주소로 발송할 수 있습니다.

Patient Account Services  
PO Box 292369  
Nashville, TN 37229-2369

### A 항목: 소득

재정지원신청서의 A 항목에는 열거된 사람의 소득에 대한 각각의 달러 금액을 표시하시고 금액이 시간당, 주당, 월당, 연간 소득인지 구분해 주십시오.

### B 항목: 기타 금융 재산

재정지원신청서 B 항목의 첫 번째 칸에는 당좌 예금, 저축 예금, 주식 등에 투자한 달러 금액을 기재해 주십시오. 두 번째 칸에는 해당 투자로부터 수령하는 소득에 대한 달러 금액을 기재해 주십시오. 예를 들어, 첫 번째 칸에는 저축 예금에 있는 \$5,000 을 기재하고, 두 번째 칸에는 해당 예금에 대한 연간 이자 \$250 을 기재할 수 있습니다.

### C 항목: 가족

재정지원신청서의 C 항목에는 환자 가구에 있는 가족에 대한 정보를 적어야 합니다. 가족의 수에는 환자, 환자의 배우자 및 환자의 피부양자를 포함합니다. 환자가 미성년자인 경우, 환자, 환자의 모친 및/또는 부친 및/또는 법적 보호자 그리고 환자 모친 및/또는 부친, 및/또는 법적 보호자의 기타 거주하고 있는 피부양자를 포함합니다.

### D 항목: 소득 확인

귀하의 재정 지원 요청을 검토하기 위해, 재정지원요청서의 A 항목에 기재된 소득에 대한 증빙이 필요합니다. IRS 서식 W-2, 급여 및 세금 확인서, 급여 송금증, 세금 환급서, 계좌 내역서 또는 기타 적절한 소득 증빙서, 또는 사회 보장, 실업 수당, 메디케이드, 카운티 빈곤 건강 프로그램, AFDC, 실업 보험, 푸드 스탬프, WIC, 텍사스 아동 건강, 아동 건강 보험 프로그램 또는 빈곤과 관련한 유사 프로그램과 같은 공익 프로그램에 대한 증빙의 사본.

또한 본인의 고용주가 제공한 서면 증빙 또는 고용주가 SDHP 의 담당자와 확인 통화를 통해 소득을 증명할 수도 있습니다.

**상기에 열거된 소득 증빙 중 하나를 제공할 수 없는 경우, 재정지원신청서 D 항목에 사정을 기재하십시오.**

### 의사 서비스

의료 서비스를 제공하는 의사는 St. David's Healthcare Partnership 의 직원이 아닙니다. 귀하는 귀하의 담당 의사 또는 필요한 서비스를 제공하는 다른 의사로부터 별도의 청구서를 받을 것입니다. 이러한 청구서에 대한 질문이나, 의사 서비스에 대한 지불을 준비하려면, 개별 병원에 연락하십시오.