

시설 _____ 계좌 번호 _____
 환자 성(姓) _____ 이름 _____ 중간 이름 _____
 SS# _____ 출생일 _____ 결혼 여부 _____ 전화번호 _____
 환자 주소 _____
 고용주 _____ 배우자의 고용주 _____

가족 구성원(배우자 및 18세 미만 보호가 필요한 아동, 또는 세금 목록에 나와 있는 대로 각 구성원의 출생일을 나열합니다):

이름	출생일	이름	출생일
1. _____ / _____	_____ / _____	4. _____ / _____	_____ / _____
2. _____ / _____	_____ / _____	5. _____ / _____	_____ / _____
3. _____ / _____	_____ / _____	6. _____ / _____	_____ / _____

신청자는 필요한 모든 문서를 동일하게 다음 우편 주소로도 제출해야 합니다:

본 세쿠스 재정 보조 프로그램
 사서 함 742431
 Atlanta, GA 30374-2431

각 질문에 답변해 주시고 요청드린 정보를 제공해 주십시오

보험 미가입 환자는 보조금을 받기 이전에 보험 자격 벤더와 함께 참여해야 합니다

완료한 신청서 수령 및 벤더와 함께 참여 시점에서 60일 이내에 결정을 내리게 됩니다

아래 나열된 모든 질문에 답변해 주십시오	'네'라면, 보험 혜택을 받게 되는 가정의 각 구성원에게 다음 내용을 제시해 주십시오.
가정 내 자체 고용된 구성원이 있습니까? <input type="checkbox"/> 네 <input type="checkbox"/> 아니오	가장 최근의 과세 연도 및 분기에 대해 최근 분기별로 제출되는 나열 수입에서 사업소득세를 포함하는 납세 신고서를 작성하십시오
가정 내 고용된 구성원이 있습니까? <input type="checkbox"/> 네 <input type="checkbox"/> 아니오	3건의 가장 최근의 급여 명세서 또는 고용주가 서명한 지급서
가정 내 실업 수당을 받는 구성원이 있습니까? <input type="checkbox"/> 네 <input type="checkbox"/> 아니오	주 홈페이지에서 출력한 실업증서 또는 수당 지급서
가정 내 사회보장연금을 받는 구성원이 있습니까? <input type="checkbox"/> 네 <input type="checkbox"/> 아니오	SS 수당 지급서 또는 직접 입금한 경우 완전한 은행 명세서
가정 내 구성원이 연금이나 퇴직금을 받습니까? <input type="checkbox"/> 네 <input type="checkbox"/> 아니오	연금/퇴직금 지급서 또는 직접 입금한 경우 완전한 은행 명세서
가정 내 구성원이 SNAP 혜택을 받습니까? <input type="checkbox"/> 네 <input type="checkbox"/> 아니오	SNAP 지급서
가정 내 구성원이 자녀 양육비를 받습니까? <input type="checkbox"/> 네 <input type="checkbox"/> 아니오	양육권이 없는 부모로부터 수령하는 법원 명령 서류 또는 지급서
가정 내 구성원이 임대 재산이나 투자 재산을 소유하고 있습니까? <input type="checkbox"/> 네 <input type="checkbox"/> 아니오	소득 금액을 나열하는 임대 계약서/서류
가정 내 구성원에게 다른 소득원이 있습니까? <input type="checkbox"/> 네 <input type="checkbox"/> 아니오	주식, 채권, Cd의 추가 재산 등... 현재 내역서를 첨부합니다
가정 내 구성원이 당좌 예금 계좌, 저축 계좌 또는 단기금융시장 계좌를 보유하고 있습니까? <input type="checkbox"/> 네 <input type="checkbox"/> 아니오	각 계좌에 대한 현재 30 일 내역서의 전체 사본을 첨부합니다
소득 없음: <input type="checkbox"/> 네 <input type="checkbox"/> 아니오 가정에 소득이 전혀 없다고 주장한다면 음식, 잠자리 및 하루 생활비를 제공해 주는 사람이 있어야 합니다. 아래 서명하고 이러한 사람이 제공해주는 도움 유형을 나타냅니다	
저는(이름) _____ (전화번호) _____ 위에 나열된 환자를 위해 음식, 잠자리와 하루 생활비 및/또는 매달 \$ _____ 의 소득을 제공한다는 사실을 증명합니다	
제공한 도움: _____	
서명 _____ 관계 _____ 일자 _____	

VISA 신청자는 VISA 를 구하는데 제공된 모든 보험, 재정 및/또는 후원 정보에 대한 사본을 제공해야 합니다.

>>>계속<<<

BON SECOURS 보건의료제도
재정보조 신청서

환자 성(姓) _____ 이름 _____ 중간 이름 _____

개인 자산 가치 목록

연간 가정 소득	_____	CD(현금 가치)	_____
수중에 있는 현금/은행 예금/저축 계좌	_____	주거 주택(현금 가치)	_____
월세	_____	기타 부동산(현금 가치)	_____
월 모기지 납부금액	_____	401k(현금 가치)	_____

이 서비스에 맞는 치료가 교통사고로 인한 것이었습니까? 네 _____ 아니오 _____ (재정보조 프로그램은 업무상 부상, 미용 시술 또는 정맥제 시술, 의료 청구에 대한 보상을 수령하게 되는 사고 또는 기타 치료, 통증과 고통과 기타 피해와 관련된 치료에 적용되지 않습니다).

건강보험이 있습니까 네 아니오 (‘네’라면, 아래에 추가 정보를 제공해 주십시오)

1. 보험명 _____ 보험 계약자명 _____ 보험증권 번호 _____
2. 보험명 _____ 보험 계약자명 _____ 보험증권 번호 _____

저는 이에 본 세커스 보건의료제도 법인에서 재정보조에 대한 제 자격에 대해 서면으로 결정을 내려줄 것을 요청합니다. 저는 제가 제출한 정보가 거짓으로 결정된다면, 해당 결정으로 인해 제 신청서가 거부될 수 있으며 제가 제공된 서비스 비용 지불 의무가 있을 수 있다는 사실을 이해합니다. 저는 제가 알고 있는 한 위의 정보가 사실이고, 온전하며, 정확하다는 사실을 증명합니다. 저는 자격 심사 벤더에 협력하는 것이 재정보조를 받는 것으로 고려되는데 필요하다는 사실을 인정합니다.

덧붙임 말

책임 당사자의 서명: _____ 일자: _____

본 세커스 보건의료제도 법인은 재정보조 신청서에서 보고된 정보를 입증할 권리를 보유하고 있으며, 개인 소득을 입증할 해당 노력이나 그 노력이 결여되어도 최고의 기밀상태를 유지하기 위한 방식으로 실행됩니다. 또한 어떠한 방식으로든 신청자의 프라이버시에 악영향을 줄 수 있는 신용 조사 대행사를 통한 보고서를 생성하지 않습니다.

추가 보조가 필요하다면, 지역 본 세커스 병원의 재정 상담사를 방문하거나 고객 서비스 부서로 전화 주십시오.

리치먼드 지역 804-342-1500

무료 877-342-1500

월 - 금 오전 8:30 ~ 오후 1:00 및 오후 2:00 ~ 오후 7:00