

재정 지원 신청서



A partner of the Seton Healthcare Family

환자 정보

(인쇄하십시오. 모든 필드를 완료하십시오. 신청서의 어떤 개별적인 라인에도 해당되지 않는 경우 N/A로 기재하십시오)

날짜 _____ 계정 번호 _____

이름(이름과 성) _____

생년월일 _____ 배우자 관계 _____ 전화 번호 _____

메일 주소 _____ 도시 _____ 주 _____ 우편 코드 _____

주민등록번호 (선택 사항) _____

고용자 _____ 취업 현황 _____

주당 근무 시간 _____ 고용주 전화 번호 _____

책임당사자 정보/법적 보호자 정보

(위의 환자가 책임당사자와 동일할 경우 이 섹션을 비워 두십시오.)

이름(이름과 성) _____

생년월일 _____ 배우자 관계 _____ 전화 번호 _____

메일 주소 _____ 도시 _____ 주 _____ 우편 코드 _____

주민등록번호 (선택 사항) _____

고용자 _____ 취업 현황 _____

주당 근무 시간 _____ 고용주 전화 번호 _____

책임당사자 배우자 정보

(환자가 책임당사자와 동일할 경우 환자의 배우자 정보를 기입하십시오.)

이름(이름과 성) _____

생년월일 _____ 배우자 관계 _____ 전화 번호 _____

메일 주소 _____ 도시 _____ 주 _____ 우편 코드 _____

주민등록번호 (선택 사항) _____

고용자 _____ 취업 현황 _____

주당 근무 시간 _____ 고용주 전화 번호 _____

책임당사자의 부양가족

(환자가 책임당사자와 동일할 경우 환자의 배우자 정보를 기입하십시오.)

이름 _____ 생년월일 _____ 책임 당사자와의 관계 _____

이름 _____ 생년월일 _____ 책임 당사자와의 관계 _____

이름 _____ 생년월일 _____ 책임 당사자와의 관계 _____

이름 _____ 생년월일 _____ 책임 당사자와의 관계 _____

가정에서 생활하는 성인 및 어린이의 수 _____

월수입

(아래 나열된 각 항목에 대해 달러 금액을 입력하십시오. 각 항목에 대해 월별 금액을 제공하십시오.)

신청자 소득 _____	자녀 양육비 _____
신청인 배우자 소득 _____	이혼 수당비 _____
사회 보장 혜택 _____	임대 부동산 수입 _____
연금 / 퇴직 소득 _____	식료품 할인 구매권 _____
장애 소득 _____	신택 자금 분배 입금 _____
실업 보상 _____	기타 소득 _____
근로자 보상 _____	기타 소득 _____
이자/배당 소득 _____	총 월소득 \$ _____

월 생활비

담보/임대 _____	자녀 양육비/이혼 수당 _____
공익사업 _____	신용 카드 _____
전화(일반 전화) _____	의사/병원비 _____
휴대폰 _____	자동차/자동차보험 _____
식료품/음식 _____	주택/재산 보험 _____
케이블/인터넷/위성TV _____	의료/건강보험 _____
차 할부금 _____	생명 보험 _____
보육 _____	기타 월 비용 _____
	총 월소득 \$ _____

자산

현금/저축/당좌 예금 계좌 _____
주식/채권/투자/예금증서 _____
기타부동산/2차 거주지 _____
보트/RV/모터사이클/레저 차량 _____
컬렉터 자동차/비필수 자동차 _____
기타 자산 _____

본인은 상기 내용이 본인이 알고 있는 한도에서 사실이며 틀림없음을 확인합니다. 본인은 병원이 필요하다고 판단될 경우 외부 신용보고 기관으로부터 정보를 입수할 수 있도록 승인합니다.

신청인의 서명 _____

날짜 _____

코멘트
