

재정 지원 신청서

서비스 날짜: _____

계좌번호: _____

환자 또는 신청인 성명: _____

주소: _____

시: _____ 주: _____ 우편번호: _____

전화: _____ 결혼 여부: _____ 사회보장번호: _____

다음은 재정 지원 시 고려 사항으로 필수 작성 항목입니다. 비보험 환자는 지원받기 전에 보험 적격성 밴더에 참여해 주셔야 합니다.
(배우자 및 18세 미만 부양 자녀, 동거 여부 및 생년월일 작성)

이름	환자와의 관계	생년월일	서비스 날짜 직전 3개월간의 총 소득	서비스 날짜 직전 12개월간의 총 소득	소득원 고용주 이름(대학생이라면 주 이름)
	자가				

- 총 소득이 전무하다고 신고한 경우 생활비는 어떻게 조달하고 계십니까? _____
- 방문 시점에 어느 주에 거주하고 계셨습니까? _____
- MEDICAID 또는 다른 카운티 지원을 신청하셨습니까? 아니요 예(날짜/주: _____)
- 서비스 날짜에 의료 보험에 가입하셨습니까? 아니요 예(이 신청서와 함께 카드 사본을 제공하십시오)
- 서비스 날짜가 자동차 사고와 관련이 있습니까? 아니요 예(INSURANCE NAME/CLAIM# _____)
- 가족 중 당좌예금 또는 저축예금을 보유한 사람이 있습니까? 아니요 예(예금액: _____)
- 가족 중 다른 자산을 보유한 사람이 있습니까? 아니요 예(유형/가액: _____)
- 집이 자가 또는 임대입니까? 자가 임대 기타(_____)

위에 열거된 소득 자산과 관련하여 각 가족 구성원의 다음 자료를 제공하십시오.

(접수된 항목에 확인 표시)

- 고용 = 3개월 또는 12개월 소득
- 자영업 = 일람표 C를 포함하는 전체 세금 양식
- 실직 = 보조금 서신
- 자녀 양육비 = 법원 명령서
- 사회보장제도 = 보조금 서신
- 기타 = 배당금, 이자, 임대 소득 등의 기타 소득에 대한 증빙
- 연금 또는 장애인 수당 = 보조금 서신
- 당좌예금/저축예금 = 각 계좌의 지난 30일 명세서

중명: 본인은 본 문서에 서명함으로써 본 신청서에 기재한 답변이 사실임을 확인합니다. 개인이 작성한 재정 지원 신청서를 추후 검토했을 때 해당 개인이 제공한 정보가 올바르지 않거나 사실이 아님이 드러날 경우 재정 지원 결정이 철회되고 책임 있는 당사자에게 해당 비용이 청구될 수 있습니다. 본인은 본인이 제출한 정보가 병원 서비스 제공자(예: 신용 보고 기관)가 검증할 대상이 되며 연방 및/또는 주정부 기관 및 필요에 따라 기타 기관의 검토 대상이 됨을 이해하고 있습니다.

환자 서명: _____ 날짜: _____

신청인 또는 대리인 서명: _____ 관계: _____ 날짜: _____
(환자가 아닌 경우)

완료한 신청서 및 문서를 보낼 주소:
Mercy Health
11511 Reed Hartman Highway
Blue Ash, Ohio 45241

마지막 개정: 2022년 1월