



재정 지원 신청서

섹션 1- 신청인 정보.

성명 (이름, 중간, 성)	사회 보장 번호		생년월일 (월월, 일일, 년년년년)
주소	시	주 및 우편번호	전화 번호
☐ 소유 ☐ 임대 ☐ 노숙 ☐ 친척 또는 친구가 제공한 주택			
혼인 상태: ☐ 독신 ☐ 기혼 ☐ 이혼 ☐ 별거	고용 상태: ☐ 상근직 ☐ 시간제 ☐ 자영업 ☐ 실직 ☐ 장애인 ☐ 학생 고용주: _____ 실직인 경우, 마지막 근무일: ____ / ____ / ____		

섹션 2- 세금 신고서에 등재된 가구 구성원 (추가 부양가족은 별도 용지 사용)

성명	사회 보장 번호	관계	생년월일

섹션 3- 제3자 정보

- 질병이 자동차 또는 개인 상해 사고로 인한 것입니까?
☐예 ☐아니요 ☐해당 없음 (사고일 ____년__월__일)
- 메디케이드 보험금을 수령하시거나 신청하신 적이 있습니까?
☐예 ☐아니요 ☐해당 없음
- 건강보험 거래소를 통해 보험을 신청하신 적이 있습니까?
☐예 ☐아니요 ☐해당 없음



섹션 4- 소득 ((해당하는 경우) 본인, 배우자 및 기타 모든 가족 구성원의 소득 정보를 제공하십시오.)

소득원	월 총 급여	지급 빈도	소득 수령인
임금/자영업			
사회 보장 급여			
연금/퇴직금/연금 보험			
자녀 양육비 관련 서류			
실업 급여, 단기/장기 장애 수당			
산재 보상금			
이자/배당금/투자 수익			
임대 부동산 소득			

1. 본인 또는 다른 가구 구성원이 주 거주지 외의 부동산을 소유하고 있습니까? (부동산, 토지, 투자 부동산, 종신 부동산권, 이동식 주택, 등) ☐예 ☐아니요
(추가 부동산은 별도 용지 사용)

부동산 유형	소유주 (공동 소유 시, 모두 기재)	시가

섹션 5- 유동 자산 및 일시불 지급액 (당좌 예금 계좌, 저축 예금 계좌, 저축 증서, 주식 또는 채권, 신탁 계좌를 제공하십시오). (추가 계좌는 별도 용지 사용)

☐ 본인은 당좌 예금 계좌, 저축 예금 계좌, 단기 금융 시장 예금 계좌 또는 기타 유동 자산 계좌가 없습니다.

계좌 유형/번호	계좌 소유주	은행/기관명	잔액

일시불 지급액 소득원	다음과 같은 금액을 수령한 가구 구성원이 있습니까?	예인 경우, 이 지급액을 언제 받았습니까?	가구 구성원
상속금	☐ 예 ☐ 아니요		
복권 또는 기타 당첨금	☐ 예 ☐ 아니요		
보험/산재 보상금 합의금	☐ 예 ☐ 아니요		
사회 보장/보훈처 장애 보상 합의금	☐ 예 ☐ 아니요		
퇴직 위로금	☐ 예 ☐ 아니요		
자본 이득	☐ 예 ☐ 아니요		
기타 일시불 지급액	☐ 예 ☐ 아니요		

*귀하의 신청서를 처리하기 위해 유동 자산 및 일시불 지급액 정보가 필수입니다.

모든 항목을 다 작성하지는 못하면 신청이 거부될 수 있다는 것을 유의하십시오.

□본인은 이 신청서가 Lexington Medical Center 및 제후 의료기관이 제공한 의료 서비스에만 적용된다는 것을 알고 있습니다. 이는 본인의 치료에 도움을 주었을 수도 있는 다른 기관이 제공한 의료 서비스에는 적용되지 않습니다. **본인은 Lexington Medical Center 및 제후 의료기관에서 제공한 모든 의료 서비스가 재정 지원 대상이 되는 것은 아니며, 여기에는 모든 선택 시술 치료 및 자동차 사고 관련 모든 치료가 포함된다는 것을 알고 있습니다.**

□본인은 본인의 진료 기록이 비밀이며, 본인이 적절하게 승인하지 않는 한 어떠한 정보도 공개되지 않는다는 것을 알고 있습니다.

본인은 Lexington Medical Center가 본인의 신용 보고서의 사본을 구독하는 것을 승인합니다. 이 정보는 본 프로그램의 수혜 자격을 판정하는 데 사용됩니다. 본인은 Equifax Information Services(신용 보고 기관)가 Lexington Medical Center 및 제후 의료기관이 이 정보를 소비자에게 개인적인 용도로 제공하는 것을 금지하고 있다는 것도 또한 알고 있습니다.

본인은 이 양식의 모든 내용을 읽었거나 본인에게 읽어 주게 하였고 제공된 정보는 본인이 아는 한 사실이며 완전하다는 것을 증명합니다. 본인은 어떤 상황에 대해 고의로 어떤 허위 정보를 제공하였거나 어떤 정보를 은폐했을 경우, 본인이 사기죄 기소에 대해 책임이 있고 Lexington Medical Center 및 제후 병원이 재정 지원 승인을 취소할 권리를 보유한다는 것을 알고 있습니다. 본인은 Lexington Medical Center 재정 지원 프로그램의 수혜 자격을 판정하는 데 필요한 정보를 제공하는 것을 승인합니다.

신청인 서명		오늘 날짜:
위임받은 대리인 서명 (해당하는 경우)	관계	오늘 날짜:

사무처 전용

환자 성명	생년월일	MRN:
-------	------	------