

## 재정 지원 신청서

### 신청인 정보

모든 분야를 작성하여야 합니다

서비스 날짜 (과거 또는 미래): \_\_\_\_\_ 시설: \_\_\_\_\_

환자 이름: \_\_\_\_\_ 사회 보장 번호#: \_\_\_\_\_

생년월일: \_\_\_\_\_ 실제 주소: \_\_\_\_\_

시: \_\_\_\_\_ 주: \_\_\_\_\_ 우편번호: \_\_\_\_\_

우편 주소: \_\_\_\_\_ 의료 기록 번호: \_\_\_\_\_

전화번호: \_\_\_\_\_ 신청서를 작성한 사람 이름: \_\_\_\_\_

환자와의 관계: \_\_\_\_\_

### 본인을 포함한 가족 구성원 실명 (보증인)

| 성명 (성,이름) | 생년월일 | 연령 | 관계 | 직업 | 사회 보장 번호 # | 연간 소득 |
|-----------|------|----|----|----|------------|-------|
|           |      |    |    |    |            | \$    |
|           |      |    |    |    |            | \$    |
|           |      |    |    |    |            | \$    |
|           |      |    |    |    |            | \$    |
| 합계        |      |    |    |    |            | \$    |

### 소득원 (0 이면 박스 안에 0 으로 표시)

|                           |                |
|---------------------------|----------------|
| 소득                        | \$             |
| 사회 보장 혜택                  | \$             |
| 기타 소득<br>/위자료/투자 수익 /퇴직금  | \$             |
| 총 소득                      | \$             |
|                           | \$             |
|                           | \$             |
| 401K/IRA                  | \$             |
|                           | \$             |
|                           |                |
| 소득이 없다면 어떻게 자립하고<br>있습니까? | 아래에<br>설명하십시오: |
|                           |                |

### 기타 보장 질문

|                                                                    |                                                         |
|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 환자가 건강보험에 가입되어 있습니까?                                               | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 |
| 자동차 보험 회사 또는 산재 보상과 같은<br>제 3 자 책임으로 인해 부상을 입은<br>환자가 치료를 받고 있습니까? | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 |
| 환자가 메디케이드가 있습니까? _ 예일<br>경우 2 페이지로 가십시오                            | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 |
| 환자가 메디케이드를 신청하셨습니다?                                                | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 |
| 임신 중입니까?                                                           | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 |
| 사회 보장 장애자입니까?                                                      | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 |
| 귀하는 65 세 이상입니까?                                                    | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 |
| 귀하는 19 세 이하입니까?                                                    | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 |
| 귀하는 양육 중인 부모이며<br>실직하셨습니다?                                         | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 |
| ?                                                                  | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 |
| ID / / :                                                           |                                                         |

## 재정 지원 신청서

**성명서:** 나는 내가 제공한 정보가 내가 아는 사실이고 정확함을 보증합니다. 본인은 제출한 정보가 신용 기관 점수를 포함하여 검증 대상이며 필요에 따라 연방 및 주정부 기관 및 기타 기관의 검토 대상임을 이해합니다. 나는 고용주가 내 소득 증빙자료를 피드먼트 병원에 공개하도록 승인합니다.본인은 내가 제공한 정보가 사실이 아닌 것으로 판명될 경우 피드먼트 병원이 내 재정 상태를 재평가하고 적절한 조치를 취할 것임을 이해합니다.

또한 본인은 Piedmont Healthcare 계정 요금 결제를 위해 이용할 수 있는 모든 지원(예: 메디케어, 메디케이드, 암 치료를 위한 주정부 지원, 직업 재활, 보험 등)을 신청하는 데 동의합니다. 본인은 Piedmont Healthcare의 메디케이드 지원 공급업체, Piedmont Healthcare의 메디케이드 자격 심사 공급업체와 전적으로 협조하여 그러한 지원을 얻기 위해 필요한 모든 조치를 취하고 Piedmont Healthcare 청구액에 대해 회수된 금액을 Piedmont Healthcare에 배정하거나 지불할 것입니다. Piedmont Healthcare의 메디케이드 자격 심사 공급업체에 협조하지 않으면 재정 지원이 즉시 거부될 수 있습니다. 보증인별로 재정 지원 프로그램 신청서를 한 건씩 신청할 수 있습니다.

|        |                  |    |    |
|--------|------------------|----|----|
| 신청자 서명 | 신청자 이름 (정자로 쓰시오) | 날짜 | 시간 |
| 증인 서명  | 증인 이름(정자로 쓰시오)   | 날짜 | 시간 |

본 신청을 처리하는 데 있어 관련 증빙 서류가 요청됩니다. 요청된 정보가 제공되지 않을 시 신청이 거부될 수 있으며, 반려 시 이의를 제기할 수 없습니다. 신청서 작성에 있어 질문이 있거나 도움이 필요한 경우 다음 연락처를 통해 재정 지원 부서에 문의할 수 있습니다.

### 서류 요건

- 사진이 부착된 신분증(정부 발급 신분증만 해당):**
  - 주에서 발급한 유효한 운전면허증(특정 상황에 한해 유효하지 않거나 만료된 서류가 허용될 수 있음)
  - 주정부에서 발급한 카드 형태의 신분증
  - 여권
  - 군인 신분증
  - 모든 영사관 또는 학교에서 발급한 사진이 부착된 신분증
  - 비자 또는 카드 형태의 외국인 거주증(해당하는 경우)
  - 허용되지 않는 신분증 및 서류: 코스트코 멤버십 카드, 셀카 또는 크리스마스/연말연시 사진
- 거주 증명서 - 거주 증명서는 30 일 이상 경과하지 않아야 하며 환자의 명의로 발부되어야 합니다. 허용되는 양식:**
  - 임대차 계약서 - 서류가 법적으로 유효하며 다른 모든 서류에 동일한 주소가 포함된 경우 사용할 수 있습니다.
  - 정부 보조 식권 관련 고지서
  - 공과금 청구서 - 실거주지 주소 포함
  - 신용카드 명세서, IRS(미국 국세청) 고지서, 메디케이드 고지서, 학교 서신(학생 증명), 은행 고지서, 주택담보대출 고지서 등 거주지를 증명할 수 있는 기타 기관 발급 서류

참고: 우체국 사서함(P.O box)에는 거주지가 표시되지 않습니다.
- 소득 증명**
  - 근로자:** 필수 서류
    - 가장 최근 3개월간의 급여 명세서 (환자 및 배우자/법적 파트너)
  - 실업자:** 필수 서류 -
    - 월실업수당 청구서 또는 실업수당 판정서 사본(입출금 계좌, 저축 예금, 직불 계좌, 가상 계좌를 포함한 가장 최근 3개월간의 은행 계좌 내역서 사본 - 모든 계좌)
  - 자영업자:** 필수 서류 -
    - 입출금 계좌, 저축 예금, 직불 계좌, 가상 계좌를 포함한 가장 최근 3개월간의 은행 계좌 내역서 사본 - 모든 개인 및 법인 계좌
  - 은퇴자 또는 장애인:** 필수 서류 -
    - 모든 소득 확인 서류(연금, 퇴직, 장애, 유족 및 추가 보장 소득 등) - 이 목록은 모든 항목을 포함하는 것이 아닙니다.
    - 입출금 계좌, 저축 예금, 직불 계좌, 가상 계좌를 포함한 가장 최근 3개월간의 은행 계좌 내역서 사본 - 모든 계좌
    - 메디케어 SSN 고지서 - WWW.SSA.gov/myaccount
- 그리고 -** 다음 서류는 정보를 확인하는 데 사용되며 위의 필수 서류 목록을 대체하지 않습니다.
  - 환자가 실업 보상, 메디케이드, 사회 보장 장애, 일반 보조 지원(General Assistance) 수급자임을 보여주는 모든 종류의 고지서
  - 정부 보조 식권 관련 고지서
  - 노숙자 상태임을 확인 - 보호소의 정식 명칭이 상단에 인쇄되어 있는 서신이 필요합니다.
  - 가족 구성원 또는 친구의 격려 서신은 허용되지 않는 증빙 서류입니다.
  - 환자가 받는 지원 형태가 기입된 기타 기관 발급 서류
- 부양가족 수 증명서**
  - 전년도 전체 세금 신고 증빙 사본 - 부양가족을 신청하는 경우에만 필요합니다.
    - 세금 신고 증빙 사본은 IRS.GOV에서 확인할 수 있습니다.
  - 법원이 명령한 후견인 서류 또는 양육권과 같이 환자에게 아동에 대한 법적 책임이 있음이 반영된 결정문

Piedmont Healthcare, Customer Solutions Center • P.O. BOX 571153, Atlanta, GA 30357  
**Phone:** 1-855-788-1212 • **Fax:** 770-916-7511 • **Email:** Assistance@piedmont.org