

# 재정지원 신청서

Piedmont Healthcare, Customer Solutions Center  
 2727 Paces Ferry Road, Building 2, Suite 500, Atlanta, GA 30339  
**Phone:** 1.855.788.1212  
**Fax:** 770.916.7511



## 신청자 정보

(과거의 또는 장차 발생할) 서비스 일자: \_\_\_\_\_

환자 성명(이니셜로 표기하지 마십시오): \_\_\_\_\_ 사회보장번호: \_\_\_\_\_

생년월일: \_\_\_\_\_ 자택 주소: \_\_\_\_\_

시: \_\_\_\_\_ 주: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_ 고용주/회사명: \_\_\_\_\_

우편물 송부 주소: \_\_\_\_\_

자택 전화번호: \_\_\_\_\_ 휴대전화: \_\_\_\_\_ 의료기록번호: \_\_\_\_\_

보증인 성명(이니셜로 표기하지 마십시오): \_\_\_\_\_ 사회보장번호: \_\_\_\_\_

생년월일: \_\_\_\_\_ 자택 주소: \_\_\_\_\_

시: \_\_\_\_\_ 주: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_ 고용주/회사명: \_\_\_\_\_

우편물 송부 주소: \_\_\_\_\_

자택 전화번호: \_\_\_\_\_ 휴대전화: \_\_\_\_\_ 환자와의 관계: \_\_\_\_\_

## 세대원 전원의 법적 성명을 기입하십시오 (상기의 환자/보증인 제외)

성명 (성(姓), 이름 및 미들네임 이니셜)	생년월일	연령	보증인과의 관계	직업	사회보장번호	연소득 총액

한 달 생활비	지출 비용
의료보험 및 월정(月定) 약물치료를 포함한 의료비용	
임대료, 휴대전화, 유선전화, 케이블/TV, 인터넷, 전기, 가스, 수도, 재산세 및/모기지를 포함한 주택 및 공공요금	
자동차 지불금, 자동차보험 및/또는 월 교통비를 포함한 교통비용	
보육, 자녀 부양비, 학교 등록금 및/또는 별거(이혼) 수당을 포함한	
기타 생활비	

# 재정지원 신청서

Piedmont Healthcare, Customer Solutions Center  
 2727 Paces Ferry Road, Building 2, Suite 500, Atlanta, GA 30339  
**Phone:** 1.855.788.1212  
**Fax:** 770.916.7511



## 가구 소득원

## 기타 커버리지 관련문의사항

예/아니오

고용 소득	
사회보장	
장애	
실업 수당	
배우자 부양비/자녀 양육비	
월 소득이 없을 경우 생활비 조달 수단에 대해 설명하십시오	

1. 의료보험 혜택을 받고 있는 환자입니까?	
2. 조지아 메디케이드 (Georgia Medicaid) 혜택을 받는 환자입니까?	
3. 산재보험이 적용되는 부상을 치료 중인 환자입니까?	

## 진술서

나는 내가 제공한 당해 정보는 내가 아는 한 진실이며 정확한 것임을 보증한다. 나는 신용평가기관의 평점을 포함하여 내가 제출한 정보가 검증될 것이며 연방 및/또는 주 당국 및 기타 기관이 이를 검토할 것임을 이해한다. 나는 나의 소득 증명을 Piedmont Healthcare 에게 공개할 수 있는 권한을 나의 고용주에게 위임한다. 나는 내가 제공한 정보가 허위일 경우 Piedmont Healthcare 는 나의 재정상태를 재평가하고 합당한 조치를 취할 것임을 이해한다.

신청자 서명: \_\_\_\_\_ 일자: \_\_\_\_\_

증인의 서명: \_\_\_\_\_ 일자: \_\_\_\_\_

신청서 처리를 위해 증빙 서류가 필요합니다. 본 신청서 3 페이지의 필수 증빙 자료 예시를 참조하십시오.

## 재정지원 신청서

Piedmont Healthcare, Customer Solutions Center  
2727 Paces Ferry Road, Building 2, Suite 500, Atlanta, GA 30339  
Phone: 1.855.788.1212  
Fax: 770.916.7511



- 사진이 첨부된 신분증 – 주 정부가 발급한 운전면허증 또는 주 정부 발급 신분증, 여권, 사진이 첨부된 재외국민 신분증 또는 학생증.
- 비자 또는 거주 외국인 신분증(Residence Alien Card) (해당될 경우)
- 거주 확인서 – 다음의 귀하의 현재 거리명 주소가 기재된 서류 중 1-3개에는 거주지가 명시되어야 합니다:
  - 전기요금, 가스요금, 수도요금, 전화요금과 같은 공공요금 고지서 1-3개
  - 임대계약서
  - 현주소가 기재된 임대 영수증
  - 푸드스탬프 통지서
  - 유권자 등록카드
  - 거주지를 증명하는 기타 사업관련 서류: 신용카드 거래 명세서, IRS, Medicaid 통지서, 학교가 학생에게 발송한 통지서, 케이블 TV 요금, 휴대전화 요금, 은행 잔액증명서, 모기지 대출 명세서, 주소가 기재된 수표 부분 등
  - 주의: 사서함은 거주지 증명이 되지 않습니다.
- 소득 증명 – 다음 중 하나가 필요합니다:
  - 현재 급여수표 부분(check stub) 3부(환자와 파트너)
  - 노동부 임금 조사(WG-15) 실업 수당 청구
  - 저축한 돈으로 생활하는 경우 최근 3개월간의 은행 잔액 명세서 사본
  - 회사 레터헤드에 개시일과 현재 고용 상태를 확인할 수 있고 시간당 수당, 각 급여 기간에 지급된 수당 총액 및 지급 빈도가 명시된 고용주가 발송한 통지서
  - 환자가 실업 수당, Medicaid, 사회보장 장애 수당, 일반 부조 등을 수령하고 있음을 명시한 모든 결정 통지서
  - 푸드스탬프 통지서 및 급여수표 부분
  - 무주택자 증명 또는 쉼터(shelter)가 발송한 공식 통지서
  - 환자가 현재 수령하고 있는 지원을 명시한 기타 사업 서류
- 피부양자 인원 증명 – 다음 중 하나가 필요합니다:
  - 전년도 소득세 신고서(가장 최근의 것)
  - 환자에게 아동에 대한 법적 책임이 있음을 명시한 법정 후견인 증명서 또는 양육권 증명서와 같은 모든 결정 통지서
  - 18세 이하 아동 개개인의 출생증명서