

7115 Greenville Avenue
Dallas, TX 75231
전화 214-489-7252 또는 이메일 tifsfa@tifs.org

날짜: _____ 보증인 이름: _____
환자 이름: _____ 서비스 날짜: _____
병원 계정 # _____ 의료 기록 # _____

안녕하십니까, 환자 여러분:

Texas Health Resources/Texas Institute for Surgery 재정 지원 신청서를 별첨하였습니다.
이 신청서를 작성하면 귀하의 병원비에 대한 재정 지원을 고려하기 위해 귀하의 계정이 제출될 수 있습니다. 이것은 귀하의 병원비에만 해당됩니다.

개인정보 보호에 대한 귀하의 열망을 이해합니다. 따라서 확인 목적을 제외하고는 신청서에 포함된 정보는 기밀 정보로 취급됩니다. 이 정보는 "알 필요가 있는" 경우에만 **Texas Health Resources/Texas Institute for Surgery** 직원에 한해 공유됩니다.

신청서의 각 항목을 작성하십시오. 설명을 위한 추가 공간이 필요한 경우 신청서 뒷면을 활용하십시오.

당월 및 전월 급여 명세서 사본 및/또는 다른 형태의 가구 소득 증빙 자료를 제출하십시오. 수표 명세서를 받지 못한 경우 월별 입금액이 표시된 은행 명세서 사본을 제출하십시오. 자영업자인 경우 가장 최근에 제출한 개인 소득세 신고서 사본과 현재 손익 계산서를 제출하십시오. 요청된 서류를 제출하지 않으면 재정 지원 검토가 거절될 수 있습니다.

이 신청서를 수령하는 즉시 작성하여 가능한 한 빨리 제출하는 것이 매우 중요합니다.

이 신청서를 작성하는 데 어려움이 있거나 명확하지 않은 부분이 있는 경우 전화로 문의하시기 바랍니다. 협조해 주셔서 감사합니다.

7115 Greenville Avenue
 Dallas, TX 75231
 전화 214-489-7252 또는 이메일 tifsfa@tifs.org

재정 지원 신청 - 1페이지

환자 이름: 성 _____ 첫 번째 _____ 중간 이름 _____

사회 보장 번호 _____ 생년월일: _____ 병원 계정 #: _____

기혼 _____ 미혼 _____ 이혼 _____ 사별 _____ 별거 _____

미성년 자녀(18세 미만)가 있습니까?	예	_____	아니요	_____
미성년 자녀와 함께 살고 있습니까?	예	_____	아니요	_____
미성년 자녀는 친자식 혹은 법적으로 입양된 자녀입니까?	예	_____	아니요	_____
환자 본인이 피고용 상태입니까?	예	_____	아니요	_____
배우자가 피고용 상태입니까?	예	_____	아니요	_____
의료 보험에 가입되어 있습니까?	예	_____	아니요	_____
장애가 있습니까? 장애 기간은 어떻게 됩니까?	예	_____	아니요	_____
퇴역 군인입니까?	예	_____	아니요	_____

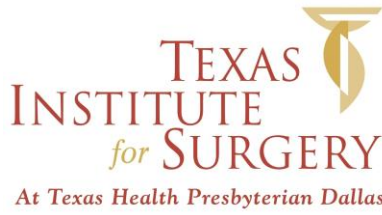
가족 구성원 - (동거인)

배우자: _____

자녀: _____	연령: _____
자녀: _____	연령: _____
자녀: _____	연령: _____
자녀: _____	연령: _____

소득(월 금액):

	총	순	지출	월 금액
환자	\$ _____	\$ _____	부동산 담보대출	\$ _____
배우자	\$ _____	\$ _____	상환금/임대료	\$ _____
부양가족	\$ _____	\$ _____	공과금	\$ _____
공공부조	\$ _____	\$ _____	자동차 관련 지출	\$ _____
식료품 쿠폰	\$ _____	\$ _____	식품 / 식료품	\$ _____
사회 보장	\$ _____	\$ _____	신용 카드	\$ _____
실업	\$ _____	\$ _____	기타(명시하십시오)	\$ _____
파업 수당	\$ _____	\$ _____		\$ _____
근로자 보상	\$ _____	\$ _____	합계	\$ _____
이혼 수당	\$ _____	\$ _____		
자녀 양육비	\$ _____	\$ _____		
퇴역군인 배당금	\$ _____	\$ _____		
연금	\$ _____	\$ _____		
기타 소득: CD				
대여금, 배당금				
이자	\$ _____	\$ _____		
합계	\$ _____	\$ _____		



7115 Greenville Avenue
 Dallas, TX 75231
 전화 214-489-7252 또는 이메일 tifsfa@tifs.org

자산

당좌예금 계좌 \$ _____
 저축 계좌 \$ _____
 CD, IRA \$ _____
 기타 투자(주식, 채권 등) \$ _____
 주 거주지 외 부동산/토지 \$ _____

재정 지원 신청 - 2페이지

고용주 이름 _____	배우자의 고용주: _____
전화 # _____	전화 # _____
직장 주소 _____	직장 주소 _____
직업 _____	직업 _____

현재 Medicaid 혜택을 신청 중입니까? _____ 예 _____ 아니요
 카운티 병원/빈곤층 프로그램을 통해 지원을 신청했습니까? _____ 예 _____ 아니요
 담당 의사가 서비스를 기부하고 있습니까? _____ 예 _____ 아니요
 사고/부상/질병에 대해 잠재적으로 책임이 있는 제3자가 있습니까? _____ 예 _____ 아니요
 병원비 납부를 도와주는 사람이 있습니까? _____ 예 _____ 아니요
 누가 도와주고 있습니까? _____
 얼마나 많은 지원을 받고 있습니까? _____

병원비 납부 지원 자격을 결정하는 데 도움이 될 것으로 생각되는 기타 정보를 기재하십시오.

질병으로 인한 휴가 기간 동안 받게 될 예상 수입 및/또는 자금 (병가, 유급 휴가, 장단기 장애 소득). \$ _____

일하지 못하거나 임금을 받지 못할 것으로 예상되는 기간: _____

본인은 Texas Health Resources/Texas Institute for Surgery가 이 신청서에 대한 병원의 평가와 관련하여 이 신청서에 포함된 재정 정보를 확인할 수 있으며, 이에 따라 병원이 제공된 정보를 인증하고 신용 보고 기관에 보고서를 요청하기 위해 고용주에게 연락할 수 있는 권한을 부여할 수 있음을 이해합니다. 본인은 이 정보가 재정 지원 자격을 결정하는 데 사용되며 이 신청서의 정보를 위조하면 재정 지원 간병 지원이 거부될 수 있음을 알고 있습니다. 또한 본인은 제3자 또는 기타 출처로부터 회수금을 받는 경우 재정 지원 승인이 완전히 또는 부분적으로 취소될 수 있음을 이해합니다.

또한 본인은 본인이 받는 재정 지원 치료가 본인이 지불해야 하는 금액의 상황에 대한 병원 유치권을 병원이 포기하는 것으로 해석되지 않으며, 이 입원과 관련하여 본인이 받는 모든 상환금은 Texas Health Resources/Texas Institute for Surgery로 보내야 함을 이해합니다.

요청하는 사람의 서명(환자인 경우) _____ 날짜 _____

요청하는 사람의 서명(환자가 아닌 경우) _____ 관계 _____

환자 주소 시 주 우편번호/카운티 집 전화번호