

TEXAS
INSTITUTE
for SURGERY
At Texas Health Presbyterian Dallas

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

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 상환에 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 _____