

지원서

환자의료기록 번호/계정 번호 _____

후원자 이름 _____

환자/ 신청자와의 관계 _____

후원자 주소 _____

PAM Rehabilitation Hospital of Round Rock 으로

본 지원서는 (환자의 이름)가 _____ 수입이 적거나 나이에
없으며 본인이 생활비를 지원하고 있음을 알려주기 위한 것입니다. 그/ 그녀는 나에게 아무런 의무도 없습니다.

이 진술서에 서명함으로써, 본인은 주어진 정보가 본인이 아는 최대의 사실이라는 것에 동의합니다.

후원자 서명 _____

날짜 _____

[날짜]

환자/신청자님께,

PAM Rehabilitation Hospital of Round Rock 은 동정심에 이끌려 모든 사람들, 특히 가장 필요로 하는 사람들을 위한 개인 전용 치료를 제공하는 데 헌신합니다. 환자들에게 재정적인 도움을 주는 것이 우리의 사명이고 특권입니다. 재정 지원은 응급 및 기타 의학적으로 필요한 치료를 위해서만 이용할 수 있습니다. 귀하의 모든 의료 수요를 위하여 귀하와 귀하의 가족을 치료할 수 있도록 저희를 신뢰해 주셔서 감사드립니다.

우리는 귀하의 요청으로 이 편지와 첨부된 재정 지원 신청서를 보냅니다. 이것을 요청하지 않았다면 무시하십시오. 반환하기 전에 서명 및 날짜를 포함하여 양쪽면의 필드를 모두 완료해 주십시오. 만약 귀하가 지난 6개월 이내에 신청을 완료하고 재정지원을 승인받으셨다면, 우리에게 통지해 주십시오. 새로운 신청서를 작성할 필요가 없을 수 있습니다. 우리는 6개월 이상 된 사전 신청은 고려하지 않을 것입니다.

신청서와 함께 다음 항목 중 하나 이상의 사본을 소득 증빙으로 제공하십시오. 만약 귀하가 6개월 이상 결혼했거나 다른 사람과 동거했다면, 신청서가 처리되기 전에 소득증빙으로 다음 항목들 중 적어도 한 개의 사본을 제공할 필요가 있을 것입니다.

- 고용주가 최근에 지급한 3개의 급여 명세서 사본
- 최근 연간 소득 신고서 사본(자영업자일 경우 모든 일정 포함)
- 사회보장 및/또는 퇴직연금상 서한
- 신청자가 세금 양식에 기재된 부양가족이고 25세 미만인 경우 부모 또는 후견인의 최근 연간 소득 신고
- 기타 소득확인서
- 지난 3개월 동안의 은행 명세서 사본
- 실업급여 수령 사본

만약 귀하가 가족이나 친구의 집에서 도움을 받거나 같이 살고 있다면, 그들에게 "지원서"라고 적힌 첨부 양식을 완료하게 하십시오. 이것은 그들이 귀하의 의료비에 대한 책임을 지게 하지 않을 것입니다. 이것은 귀하가 어떻게 생계 비용을 감당할 수 있는지 보여주는 데 도움이 될 것입니다. 가족과 친구로부터 아무런 도움도 받지 못하면 지원서 양식을 작성할 필요가 없습니다.

마지막으로, 귀하의 월별 미지급 의료 및 약국/약물 비용을 증명할 수 있는 문서도 제공하십시오.

신청이 고려되려면 완료된 신청서와 수입 증명서를 함께 접수해야 한다는 것을 알아두십시오. 우리는 완료되지 않은 신청서를 처리하거나 고려할 수 없습니다.

인터넷상의 이메일을 통한 통신은 안전하지 않다는 것을 명심하십시오. 그럴 가능성은 낮지만, 이메일에 포함하는 정보는 그것을 취급하는 사람 이외의 다른 사람이 가로채서 읽을 수 있습니다.

우리는 귀하의 개인정보를 보호하고 그것이 안전하게 유지되기를 원합니다. 신청서에는 주민등록번호와 기타 개인정보가 포함되어 있으므로 이메일 발송을 삼가할 것을 당부합니다.

완성된 신청서를 인쇄하여 다음 주소로 우편으로 보내거나 직접 배달해 주십시오.

PAM Rehabilitation Hospital of Round Rock
351 Seton Parkway
Round Rock, TX 78664
Attn: Admissions

이 신청서에 대해 문의 사항이 있으신 경우 512-324-1125로 환자 담당자에게 전화해 주십시오.

감사합니다

PAM Rehabilitation Hospital of Round
Rock 환자 재정 서비스

재정 지원 신청서



환자 정보

(인쇄하십시오. 모든 필드를 완료하십시오. 신청서의 어떤 개별적인 라인에도 해당되지 않는 경우 N/A로 기재하십시오)

날짜 _____ 계정 번호 _____

이름(이름과 성) _____

생년월일 _____ 배우자 관계 _____ 전화 번호 _____

메일 주소 _____ 도시 _____ 주 _____ 우편 코드 _____

주민등록번호 (선택 사항) _____

고용자 _____ 취업 현황 _____

주당 근무 시간 _____ 고용주 전화 번호 _____

책임당사자 정보/법적 보호자 정보

(위의 환자가 책임당사자와 동일할 경우 이 섹션을 비워 두십시오.)

이름(이름과 성) _____

생년월일 _____ 배우자 관계 _____ 전화 번호 _____

메일 주소 _____ 도시 _____ 주 _____ 우편 코드 _____

주민등록번호 (선택 사항) _____

고용자 _____ 취업 현황 _____

주당 근무 시간 _____ 고용주 전화 번호 _____

책임당사자 배우자 정보

(환자가 책임당사자와 동일할 경우 환자의 배우자 정보를 기입하십시오.)

이름(이름과 성) _____

생년월일 _____ 배우자 관계 _____ 전화 번호 _____

메일 주소 _____ 도시 _____ 주 _____ 우편 코드 _____

주민등록번호 (선택 사항) _____

고용자 _____ 취업 현황 _____

주당 근무 시간 _____ 고용주 전화 번호 _____

책임당사자의 부양가족

(환자가 책임당사자와 동일할 경우 환자의 배우자 정보를 기입하십시오.)

이름 _____	생년월일 _____	책임 당사자와의 관계 _____
이름 _____	생년월일 _____	책임 당사자와의 관계 _____
이름 _____	생년월일 _____	책임 당사자와의 관계 _____
이름 _____	생년월일 _____	책임 당사자와의 관계 _____

가정에서 생활하는 성인 및 어린이의 수 _____

월수입

(아래 나열된 각 항목에 대해 달러 금액을 입력하십시오. 각 항목에 대해 월별 금액을 제공하십시오.)

신청자 소득 _____
신청인 배우자 소득 _____
사회 보장 혜택 _____
연금 / 퇴직 소득 _____
장애 소득 _____
실업 보상 _____
근로자 보상 _____
이자/배당 소득 _____

자녀 양육비 _____
이혼 수당비 _____
임대 부동산 수입 _____
식료품 할인 구매권 _____
신탁 자금 분배 입금 _____
기타 소득 _____
기타 소득 _____
총 월소득 \$ _____

월 생활비

담보/임대 _____
공익사업 _____
전화(일반 전화) _____
휴대폰 _____
식료품/음식 _____
케이블/인터넷/위성TV _____
차 할부금 _____
보육 _____

자녀 양육비/이혼 수당 _____
신용 카드 _____
의사/병원비 _____
자동차/자동차보험 _____
주택/재산 보험 _____
의료/건강보험 _____
생명 보험 _____
기타 월 비용 _____
총 월소득 \$ _____

자산

현금/저축/당좌 예금 계좌 _____
주식/채권/투자/예금증서 _____
기타부동산/2차 거주지 _____
보트/RV/모터사이클/레저 차량 _____
컬렉터 자동차/비필수 자동차 _____
기타 자산 _____

본인은 상기 내용이 본인이 알고 있는 한도에서 사실이며 틀림없음을 확인합니다. 본인은 병원이 필요하다고 판단될 경우 외부 신용보고 기관으로부터 정보를 입수할 수 있도록 승인합니다.

신청인의 서명 _____

날짜 _____

코멘트 _____

