

## 재정 지원 신청서

### 섹션 1- 신청인 정보.

성명 (이름, 중간, 성)	사회 보장 번호		생년월일 (월월,일일,년년년년)
주소	시	주 및 우편번호	전화 번호
<input type="checkbox"/> 소유 <input type="checkbox"/> 임대 <input type="checkbox"/> 노숙 <input type="checkbox"/> 친척 또는 친구가 제공한 주택			
혼인 상태:	고용 상태:		
<input type="checkbox"/> 독신 <input type="checkbox"/> 기혼 <input type="checkbox"/> 이혼 <input type="checkbox"/> 별거	<input type="checkbox"/> 상근직 <input type="checkbox"/> 시간제 <input type="checkbox"/> 자영업 <input type="checkbox"/> 실직 <input type="checkbox"/> 장애인 <input type="checkbox"/> 학생 고용주: _____		
	실직인 경우, 마지막 근무일: _____ / _____ / _____		

### 섹션 2- 세금 신고서에 등재된 가구 구성원 (추가 부양가족은 별도 용지 사용)

성명	사회 보장 번호	관계	생년월일

### 섹션 3- 제3자 정보

- 질병이 자동차 또는 개인 상해 사고로 인한 것입니까?  
예 아니요 해당 없음 (사고일 \_\_\_\_년\_\_\_\_월\_\_\_\_일)
- 메디케이드 보험금을 수령하시거나 신청하신 적이 있습니까?  
예 아니요 해당 없음
- 건강보험 거래소를 통해 보험을 신청하신 적이 있습니까?  
예 아니요 해당 없음

### 섹션 4- 소득 ((해당하는 경우) 본인, 배우자 및 기타 모든 가족 구성원의 소득 정보를 제공하십시오.)

소득원	월 총 급여	지급 빈도	소득 수령인
임금/자영업			
사화 보장 급여			
연금/퇴직금/연금 보험			
자녀 양육비 관련 서류			
실업 급여, 단기/장기 장애 수당			
산재 보상금			
이자/배당금/투자 수익			
임대 부동산 소득			

1. 본인 또는 다른 가구 구성원이 주 거주지 외의 부동산을 소유하고 있습니까? (부동산, 토지, 투자 부동산, 종신 부동산권, 이동식 주택, 등)  예  아니요  
(추가 부동산은 별도 용지 사용)

부동산 유형	소유주 (공동 소유 시, 모두 기재)	시가

**섹션 5-** 유동 자산 및 일시불 지급액 (당좌 예금 계좌, 저축 예금 계좌, 저축 증서, 주식 또는 채권, 신탁 계좌를 제공하십시오). (추가 계좌는 별도 용지 사용)

본인은 당좌 예금 계좌, 저축 예금 계좌, 단기 금융 시장 예금 계좌 또는 기타 유동 자산 계좌가 없습니다.

계좌 유형/번호	계좌 소유주	은행/기관명	잔액


<u>일시불 지급액 소득원</u>	<u>다음과 같은 금원을 수령한 가구 구성원이 있습니까?</u>	<u>예인 경우, 이 지급액을 언제 받았습니까?</u>	<u>가구 구성원</u>
상속금	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요		
복권 또는 기타 당첨금	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요		
보험/산재 보상금 합의금	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요		
사회 보장/보훈처 장애 보상 합의금	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요		
퇴직 위로금	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요		
자본 이득	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요		
기타 일시불 지급액	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요		

\*귀하의 신청서를 처리하기 위해 유동 자산 및 일시불 지급액 정보가 필수입니다.

모든 항목을 다 작성하지는 못하면 신청이 거부될 수 있다는 것을 유의하십시오.

본인은 이 신청서가 Lexington Medical Center 및 제휴 의료기관이 제공한 의료 서비스에만 적용된다는 것을 알고 있습니다. 이는 본인의 치료에 도움을 주었을 수도 있는 다른 기관이 제공한 의료 서비스에는 적용되지 않습니다. 본인은 Lexington Medical Center 및 제휴 의료기관에서 제공한 모든 의료 서비스가 재정 지원 대상이 되는 것은 아니며, 여기에는 모든 선택 시술 치료 및 자동차 사고 관련 모든 치료가 포함된다는 것을 알고 있습니다.

본인은 본인의 진료 기록이 비밀이며, 본인이 적절하게 승인하지 않는 한 어떠한 정보도 공개되지 않는다는 것을 알고 있습니다.

본인은 Lexington Medical Center가 본인의 신용 보고서의 사본을 구득하는 것을 승인합니다. 이 정보는 본 프로그램의 수혜 자격을 판정하는 데 사용됩니다. 본인은 Equifax Information Services(신용 보고 기관)가 Lexington Medical Center 및 제휴 의료기관이 이 정보를 소비자에게 개인적인 용도로 제공하는 것을 금지하고 있다는 것도 또한 알고 있습니다.

본인은 이 양식의 모든 내용을 읽었거나 본인에게 읽어 주게 하였고 제공된 정보는 본인이 아는 한 사실이며 완전하다는 것을 증명합니다. 본인은 어떤 상황에 대해 고의로 어떤 허위 정보를 제공하였거나 어떤 정보를 은폐했을 경우, 본인이 사기죄 기소에 대해 책임이 있고 Lexington Medical Center 및 제휴 병원이 재정 지원 승인을 취소할 권리를 보유한다는 것을 알고 있습니다. 본인은 Lexington Medical Center 재정 지원 프로그램의 수혜 자격을 판정하는 데 필요한 정보를 제공하는 것을 승인합니다.

신청인 서명	오늘 날짜:	
위임받은 대리인 서명 (해당하는 경우)	관계	오늘 날짜:

---

사무처 전용

환자 성명	생년월일	MRN:
-------	------	------