

| | | | | | | | |
|---|----|-----------------|-------|-----------------------|------------------|----------------------|----------|
| 재정 신청 | | | | 계정 번호 | | | |
| 환자 이름 | | | | 사회 보장 번호 | | 생년월일 | |
| 신청자 성명(미성년자의 경우, 환자 보호자) | | | | 사회 보장 번호 | | 생년월일 | |
| 배우자 이름 | | | | 사회 보장 번호 | | 생년월일 | |
| 도로명 주소 | | | | 도시, 주, 우편번호 | | | |
| 혼인 상태 <input type="checkbox"/> 비혼 <input type="checkbox"/> 기혼 <input type="checkbox"/> 별거 <input type="checkbox"/> 이혼 <input type="checkbox"/> 사별 | | | | 집 # | | 직장 # | 대체 # |
| 은행 이름 (계정이 있는 곳) | | | | 당좌 예금(Checking) 평균 잔액 | | 저축 예금(Savings) 평균 잔액 | |
| 법적 세금 부양자 (세금 환급과 일치해야 함) | | | | 총 인원 (본인 포함) → | | | |
| 자녀 목록 | | 연령 | 자녀 목록 | | 연령 | 자녀 목록 | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 직장 | | | | | | | |
| 고용주 이름 | | 고용주 전화 | 직업 | 시작일 | 만료일 | 시간제 또는 월급 | 평균 시간 주급 |
| | | | | | | \$ | \$ |
| 환자 | | | | | | \$ | \$ |
| 배우자 | | | | | | \$ | \$ |
| 신청자 | | | | | | \$ | \$ |
| 귀하가 현재 실직 상태이고 가족 구성원의 지원을 받고 있는 경우, 가족이 제공하는 유형, 금액 및 지원 빈도를 알 수 있는 서류를 동봉하십시오. | | | | | | | |
| 실직한 날짜 | | | | 이전 고용주 | | | |
| 귀하를 지원하는 자의 이름 | | | | 관계 | | | |
| 가장 가까운 곳에 거주하는 친척의 이름 | | | | 관계 | | | |
| 주소, 도시, 주, 우편번호 | | | | 전화 번호 | | | |
| 기타 소득 및 자산 (해당되는 모든 사항 기입) | | | | | | | |
| 사회 보장 혜택 | | 사회 보장 프로그램 | | | 자산 | | |
| <input type="checkbox"/> 장애 \$ | | TANF / 일반 구호 \$ | | | 채권 / IRA / 증서 \$ | | |
| <input type="checkbox"/> 퇴직 \$ | | 군인 연금 \$ | | | 이자 소득 \$ | | |
| <input type="checkbox"/> SSI \$ | | 실업 \$ | | | 퇴직 \$ | | |
| 기타 장애 \$ | | 양육비 / 위자료 \$ | | | 401K 유추일 펀드 \$ | | |
| 월 소비 | | | | | | | |
| 모기지 | \$ | 지불금 | \$ | 대출금 | \$ | 평가가치액 | \$ |
| 임차료 | \$ | | | 자동차 대출 | \$ | | \$ |
| 위자료/지원금 | \$ | | | 자동차 제조년도 및 제조사 | | | |
| | | | | 자동차 제조년도 및 제조사 | | | |
| 신용카드 | | | | 유형 | | 지불금 | |
| | | | | | \$ | \$ | |
| | | | | | \$ | \$ | |

본인은 Riverside Health System에게 여기에 포함한 진술에 관해 요구할 수 있는 정보를 입수할 수 있는 권한을 부여하며 모든 진술은 사실이며 완전함을 증명합니다.

신청자 서명 날짜 _____ 날짜 _____

*** 신청서와 함께 제출해야 하는 서류 목록은 양식 뒷면을 참조하십시오.***



소득 증명

재정적으로 서비스 비용을 지불할 수 없는 경우 동봉된 재정 신청서를 작성하고 소득 증명을 제공하십시오. **Riverside**는 연방빈곤선에 따라 재정 지원 자격을 결정합니다. 현재 다른 기준과 더불어 소득이 **200%** 이하인 환자가 고려됩니다.

다음 항목이 필요합니다.

1. 3개월 간의 은행 계좌 내역서.
2. 재정보조 장학금 지급 안내서 사본 (해당되는 경우).
3. 전년도 세금 신고서 사본. 자영업자의 경우, **Schedule C**가 필요합니다.
세금 신고서 사본을 제공하지 않은 경우, 세금 신고서 미제출 및 요청에 대한 **4506T** 확인서가 필요합니다.
이 양식은 재정 상담사 또는 <http://www.irs.gov/pub/irs-pdf/f4506t.pdf>를 통해 얻을 수 있습니다.
4. 귀하가 받고 있는 지원 유형, 금액 및 지원 빈도를 설명하는 문서 사본 (해당되는 경우).
5. 고용 상태인 경우, 귀하와 배우자의 3개월 급여 명세서를 제공하십시오 (해당되는 경우).
6. 1년 미만실업 상태인 경우, 고용주로부터 받은 해고 통지서를 제공하십시오.
1년 이상실직 상태인 경우, 사회보장국, **IRS** 또는 버지니아 노동위원회에서 발급한
12개월 동안 수입이 없었다는 것을 반영하는 서류를 제공하십시오.

기혼인 경우, 배우자의 소득 증명을 포함하십시오.

이 신청서를 작성하면 병원 청구에 대한 지원 자격을 결정하는 데 도움이 됩니다. 신청서 검토 시 추가 서류가 요구될 수 있습니다.

저희가 알지 못하는 의료 보험에 가입해 있는 경우 보험 회사에 서비스 비용을 청구할 수 있도록 저희 사무실로 연락하여 주십시오. 저희가 확인할 수 있도록 카드를 제공하여 주십시오.

신청서를 작성하는 데 궁금한 점이 있거나 도움이 필요한 경우 다음 주소로 **Riverside** 담당자에게 문의하십시오.

Riverside Health System
608 Denbigh Boulevard, Suite 605
Newport News, VA 23608
757-989-8830, 옵션 #3 또는 1-800-621-7677

| 업무 전용 | | | | | |
|-------------|------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|------------------|---------|
| 담당자 | | | 날짜 | 트랜스 코드 | |
| 할부 \$ _____ | <input type="checkbox"/> HAC | <input type="checkbox"/> IC Trust | <input type="checkbox"/> 기타 _____ | 가족 규모 | 총 가족 소득 |
| 계정 번호 | DOS | 청구 | 조정 금액 | 총 조정 \$ _____ | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| 의견 | | | | | |
| 승인 서명 | | | | 날짜 | |

This is an exact translation of this form in English, certified by Cyracom 11/19