



Baylor Scott & White Health  
재정 지원 신청서

Patient Account Number

환자 성명(성, 이름, 중간 이름 이니셜) \_\_\_\_\_ 소셜 시큐리티 번호 \_\_\_\_\_

환자 거주지 주소 \_\_\_\_\_ 시 \_\_\_\_\_ 주 \_\_\_\_\_ 우편 번호 \_\_\_\_\_ 카운티 \_\_\_\_\_

생년월일(월/일/년도) \_\_\_\_\_ 전화번호 \_\_\_\_\_  
결혼 상태:  기혼  독신  사별  
 별거  이혼

취업 여부  예  아니요 배우자 성명 \_\_\_\_\_  
취업 여부  예  아니요

환자의 고용주 \_\_\_\_\_ 배우자의 고용주 \_\_\_\_\_  
전화번호 \_\_\_\_\_

의뢰 서비스를 받은 BSWH 시설이 네트워크 시설 중 귀하의 주 거주지와 가장 가깝습니까?  예  아니요  
"아니요"인 경우, 가장 가까운 시설에서 해당 서비스를 제공할 수 없거나 제공하기를 꺼렸습니까?  예  아니요

**\*\*취업 상태가 아닌 경우, 전 고용주의 이름과 전화번호를 기재하십시오\*\***

**A. 소득:** 가구 내 각 인원에 대해 소득을 기재해 주십시오.

<p>환자 <input type="checkbox"/> 전일제 <input type="checkbox"/> 시간제 - 시간/주 = _____ \$ _____ <input type="checkbox"/> 시급 <input type="checkbox"/> 주급 <input type="checkbox"/> 격주급 <input type="checkbox"/> 월급 <input type="checkbox"/> 연봉 \$ _____ <b>추가 소득</b></p> <p>배우자 <input type="checkbox"/> 전일제 <input type="checkbox"/> 시간제 - 시간/주 = _____ \$ _____ <input type="checkbox"/> 시급 <input type="checkbox"/> 주급 <input type="checkbox"/> 격주급 <input type="checkbox"/> 월급 <input type="checkbox"/> 연봉 \$ _____ <b>추가 소득</b></p> <p><b>총 가구 소득 \$ _____</b></p>	<p>환자가 미성년자일 경우에만 작성하십시오(아니면 공란으로 둘 것)</p> <p>환자의 아버지 <input type="checkbox"/> 전일제 <input type="checkbox"/> 시간제 - 시간/주 = _____ \$ _____ <input type="checkbox"/> 시급 <input type="checkbox"/> 주급 <input type="checkbox"/> 격주급 <input type="checkbox"/> 월급 <input type="checkbox"/> 연봉 \$ _____ <b>추가 소득</b></p> <p>환자의 어머니 <input type="checkbox"/> 전일제 <input type="checkbox"/> 시간제 - 시간/주 = _____ \$ _____ <input type="checkbox"/> 시급 <input type="checkbox"/> 주급 <input type="checkbox"/> 격주급 <input type="checkbox"/> 월급 <input type="checkbox"/> 연봉 \$ _____ <b>추가 소득</b></p> <p><b>총 가구 소득 \$ _____</b></p>
---	---

**B. 소득 확인:** 모든 가구 소득원에 대해 증명 서류를 제출해 주십시오. **(원본 문서가 아닌 사본만 보내주세요)** (수락 가능한 문서는 아래에 열거되어 있습니다). 철부한 문서에 체크하십시오.

급여 수표 송금증  고용주 확인서  신용 조서(BSWH가 작성)  
 IRS 양식 W-2  세금 신고서  정부 지원금(푸드 스탬프, CDIC, Medicaid, TANF)  
 은행 거래 내역서  기타(아래에 기재하십시오)  소셜 시큐리티, 산재 보상 또는 실업 보상 결정서

위에 나와 있는 소득원 서류를 제출할 수 없는 경우, 이 정보를 제출할 수 없는 이유를 설명해 주십시오.

\_\_\_\_\_

**C. 가족 구성원:** 환자 가족의 총 인원 수를 기입하십시오.

(이 숫자에는 환자, 환자의 배우자 및 환자의 부양 가족만 포함되어야 함)

**D. 자산 및 기타 자원:**

본인이 이용할 수 있는 자산이나 기타 재원이 있습니까? (그리함 예로는 저축예금 계좌, 신탁, 주식, 채권, 퇴직 계좌, 뮤추얼펀드 등이 있습니다)  예  아니요 "예"인 경우, 현재 이용 가능한 금액: \_\_\_\_\_

의료보험이 있습니까?  예  아니요 "예"인 경우, 제공자 이름: \_\_\_\_\_

건강 저축 계좌(Health Savings Account)나 유동성 지출 계좌(Flexible Spending Account)가 있습니까?  예  아니요 "예"인 경우, 현재 이용 가능한 금액: \_\_\_\_\_

본인은 Baylor Scott & White Health(이하 "BSWH")가 본 신청서에 대한 BSWH의 평가와 관련하여 본 재정 지원 신청서(이하 "신청서")에 포함된 재무 정보를 확인할 수 있음을 이해하며, 본인의 서명으로 본인의 고용주 또는 여기에 기재된 개인이 누구든 본 신청서에 제공된 정보와 관련하여 추가 세부 사항을 확인하거나 제공하는 데 동의합니다. 또한 BSWH가 신용 보고 기관 및 사회 보장국으로부터 보고서를 요청하는 데 동의합니다. 본인은 본 신청서의 내용이 본인의 지식과 신념에 부합하며 진실하고 정확하며 성실하게 작성되었음을 보증합니다. 본인은 본 신청서에 대한 정보 위조 또는 허위 진술로 인해 재정 지원이 거부될 수 있음을 알고 있습니다.

본인은 일부 의사와 의료기관은 BSWH의 직원이 아닐 수도 있음을 잘 알고 있습니다. 본인은 해당 제공업체로부터 별도의 청구서를 수령할 수 있음을 이해하며 본 재정 지원 신청서는 해당 관역에 적용되지 않습니다.

환자 또는 책임 당사자의 서명 \_\_\_\_\_ 성명(정자체) \_\_\_\_\_ 일자 \_\_\_\_\_

**For Hospital Use Only**

Application information obtained by BSWH Employee in person or over the phone, no patient signature required. \_\_\_\_\_  
Electronic Signature of BSWH Employee or BSWH Representative \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**Notes Regarding Income Verification/Number in the Household:** \_\_\_\_\_

Patient is part of community care program Program Name \_\_\_\_\_ First Statement Date: \_\_\_\_\_