

2023년 1월 3일

환자/지원자님께,

Ascension Saint Thomas 재활 병원은 연민이라는 감정을 바탕으로 모든 사람, 특히 가장 도움이 필요한 사람들을 위한 맞춤형 치료를 제공하기 위해 최선을 다하고 있습니다. 환자에 재정 지원을 제공함은 저희의 사명이자 특권입니다. 재정 지원은 응급 및 기타 의학적으로 필요한 치료에만 제공됩니다. 귀하의 모든 의료 요구 사항에 관해 귀하와 귀하의 가족을 돌보는 부분에 있어 저희를 신뢰해 주셔서 감사합니다.

귀하의 요청을 받아, 본 서한과 동봉된 재정 지원 신청서를 보냅니다. 이를 요청하지 않은 경우 무시해 주십시오. 돌려 보내기 전 서명과 날짜를 포함하여 양면을 작성해 주십시오. 지난 6개월 이내에 신청서를 작성했으며, 재정 지원이 승인된 경우 저희에게 알려주십시오. 새로운 신청서를 작성할 필요가 없을 수도 있습니다. 6개월 이상 지난 사전 신청은 고려되지 않습니다.

신청서와 함께 소득 증빙으로 다음 항목 중 하나 이상의 사본을 제공해 주십시오. 결혼했거나 배우자와 6개월 이상 동거한 경우, 신청서를 처리하기 전에 소득 증빙으로 다음 항목 중 하나 이상의 사본을 제공해야 합니다.

- 고용주에게 받은 가장 최근 급여명세서 사본 3부
- 가장 최근 연간 세금 신고서 사본(자영업자의 경우 모든 일정 포함)
- 사회보장 및/또는 퇴직 연금 서한
- 신청자가 세금 양식에 기재된 부양가족이고 25세 미만인 경우 부모 또는 보호자의 가장 최근 연간 세금 신고서
- 기타 소득 확인 서류
- 지난 3개월간의 은행 명세서 사본
- 실업 수당 수령 사본

가족이나 친구로부터 도움을 받거나 함께 집에 거주하는 경우 "부양 서한"이라고 표시된 첨부 양식을 작성하도록 하십시오. 이로 인해 가족이나 친구가 귀하의 의료비에 대한 책임을 지는 일은 없을 것입니다. 이는 귀하가 생활비를 감당할 수 있는 방법을 보여주는 데 도움이 될 것입니다. 가족과 친구로부터 도움을 받지 않는 경우 부양 서한 양식을 작성할 필요가 없습니다.

마지막으로 미납된 월간 의료비 및 약국/약품 비용에 대한 증빙 문서도 제공해 주십시오.

신청서가 고려되려면 소득 증빙과 함께 작성된 신청서가 접수되어야 합니다. 완전히 갖춰지지 않은 지원서는 처리하거나 고려할 수 없습니다.

인터넷을 통한 이메일 통신은 안전하지 않다는 점에 유의하십시오. 그럴 가능성은 낮지만 이메일에 포함된 정보를 처리하는 당사자 이외의 다른 인물이 가로채서 읽을 가능성이 있습니다.

당사는 귀하의 개인 정보를 보호하고 안전하게 유지하고자 합니다. 지원서에는 주민등록번호 및 기타 개인정보가 포함되어 있으므로 이메일로 보내지 마시기 바랍니다.

작성한 신청서를 인쇄하여 우편으로 보내거나 다음 주소로 직접 전달하십시오:

**Ascension Saint Thomas
Rehabilitation Hospital
310 21st Avenue North
Nashville, TN 37203**

본 신청서에 대해 궁금한 점이 있으면 (629) 253-5300으로 환자 담당자에게 문의하십시오.

감사합니다,

환자 재정 서비스

Ascension Saint Thomas 재활 병원

재정 지원 신청서

환자 정보

(정자로 기입하고 모든 필드를 작성해야 합니다. 신청서 내 해당되지 않는 개별 라인이 있는 경우 N/A를 표시하십시오)

날짜 _____ 계정 번호 _____

이름(이름과 성) _____

생년월일 _____ 결혼 여부 _____ 전화번호 _____

우편 주소 _____ 시 _____ 주 _____ ZIP _____

사회보장번호(선택사항) _____

고용주 _____ 고용 상태 _____

주당 근무 시간 _____ 고용주 전화번호 _____

책임자 정보/법정대리인 정보

(상기 환자가 책임 당사자와 동일할 경우 본 섹션을 비워두십시오.)

이름(이름과 성) _____

생년월일 _____ 결혼 여부 _____ 전화번호 _____

우편 주소 _____ 시 _____ 주 _____ ZIP _____

사회보장번호(선택사항) _____

고용주 _____ 고용 상태 _____

주당 근무 시간 _____ 고용주 전화번호 _____

책임 당사자 배우자 정보

(환자가 책임 당사자와 동일할 경우 배우자 정보에 환자를 기입하십시오 책임 당사자의 피부양자.)

이름(이름과 성) _____

생년월일 _____ 결혼 여부 _____ 전화번호 _____

우편 주소 _____ 시 _____ 주 _____ ZIP _____

사회보장번호(선택사항) _____

고용주 _____ 고용 상태 _____

주당 근무 시간 _____ 고용주 전화번호 _____

책임 당사자의 피부양자

(환자가 책임 당사자와 동일할 경우 배우자 정보에 환자를 기입하십시오. 책임 당사자의 피부양자.)

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

가구에 거주하는 성인 및 아동 수 _____

월 소득

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

신청자의 근로 소득 _____	자녀 양육비 수령 _____
신청자의 배우자 소득 _____	위자료 수령 _____
사회 보장 혜택 _____	임대 부동산 수입 _____
연금/퇴직 소득 _____	푸드스탬프 _____
장애 소득 _____	신탁 기금 분배 수령 _____
실업 수당 _____	기타소득 _____
근로자 보상 _____	기타소득 _____
이자/배당 소득 _____	월 총소득 \$ _____

월 생활비

모기지/임대료 _____	자녀 양육비/위자료 _____
공과금 _____	신용카드 _____
전화(유선) _____	의사/병원 청구서 _____
휴대전화 _____	자동차/자동차 보험 _____
식료품/식품 _____	주택/재산 보험 _____
케이블/인터넷/위성 TV _____	의료/건강 보험 _____
자동차 납입금 _____	생명 보험 _____
육아 _____	기타 월 지출 _____
	총 월 지출 \$ _____

자산

현금/저축/당좌예금 _____

주식/채권/투자/CD _____

기타 부동산/비상주 거주지 _____

보트/RV/오토바이/레크리에이션 차량 _____

수집용 자동차/비필수 자동차 _____

기타 자산 _____

본인은 본인이 아는 한 위의 정보가 사실이며 완전함을 증명합니다. 본인은 병원이 필요하다고 판단하는 경우 외부 신용 보고 기관으로부터 정보를 입수할 수 있는 권한을 병원에 부여합니다.

신청인 서명 _____

날짜 _____

의견 _____
