SSMHealth Rehabilitation Network

금융 지원 신청서

섹션 1: 환자 정보

이름, 의료 서비스를 받은 시점에서의 주소와 이 섹션에 명시된 기타 정보를 기입하십시오.

계정번호 서비스 날짜 _____

환자 성명: _____

성 이름 중간 이니셜

주소: _____ 도시: _____ 카운티: _____

도로와 번지

거주하는 주: _____ 우편번호: _____ 생년월일: ____/___/ ____ 결혼 상태: ☐ 독신 ☐ 기혼 ☐ 이혼

주 전화번호: (_____) _____ ☐ 자택 ☐ 휴대폰 ☐ 직장 ☐ 기타 _____

이메일 주소: _____

서비스 날짜 시기에 가입한 의료 보험: ☐ 보험 없음 ☐ Medicare ☐ Medicaid ☐ 기타 _____

섹션 2: 가구 소득 및 자산

귀하와 배우자 그리고 다른 가족 구성원들(적용되는 경우)의 소득을 기입하십시오.

소득원	서비스 전 3 개월 합산	서비스 전 12 개월 합산
임금/자영업	$	$
소셜 시큐리티	$	$
연금, 배당금, 이자, 임대소득	$	$
실업수당, 재해보상	$	$
육아지원(부모가 대상 수령인인 경우에만)	$	$
기타	$	$

신청일 현재 총 순자산(자산-부채): $_____

섹션 3: 가구 정보 및 소득

가구의 모든 구성원을 나열하고 생년월일을 기입하십시오.

귀하의 집에 살고 있는 모든 직계 가족에 대해 다음 정보를 기입하십시오. HCAP 의 목적을 위해, 가족은 부모, 부모의 배우자, 부모의 집에 살고 있는 18 세 미만의 모든 자녀(친자녀 또는 입양자녀)로 정의됩니다. 만약 부모가 18 세 미만인 경우, 해당 가족에는 부모, 부모의 친부모 또는 양부모, 해당 부모의 집에 살고 있는 18 세 미만의 자녀(친자녀 또는 입양자녀)가 포함됩니다.

가족 구성원 이름, 환자 포함 생년월일 부모와의 관계

1. 환자
2.
3.
4.
5.
6.

아래에 서명함으로써, 본인은 이 신청서와 첨부 서류에 명시한 모든 정보가 사실임을 확인합니다.

책임 당사자 서명: x _____ 날짜: _____

아래에 서명함으로써, 본인은 이 신청서를 검토한 후 승인하였음을 확인합니다.

병원 CEO 서명: _____ 날짜: _____

작성한 신청서 반송처: **SSM Rehabilitation Network**