

환자 이름: \_\_\_\_\_ MRN: \_\_\_\_\_

환자 이름: \_\_\_\_\_ 성 \_\_\_\_\_ 미들네임 이니셜: \_\_\_\_\_

거리 주소: \_\_\_\_\_

도시: \_\_\_\_\_ 주: \_\_\_\_\_ 우편번호: \_\_\_\_\_ 카운티: \_\_\_\_\_

세대주 이름(해당 경우): \_\_\_\_\_ 환자와의 관계: \_\_\_\_\_

환자의 전화번호: \_\_\_\_\_ 환자의 휴대전화 번호: \_\_\_\_\_

환자의 직장 전화번호: \_\_\_\_\_ 환자의 이메일: \_\_\_\_\_

위 주소를 확인해 주십시오. 필요시 정정하시기 바랍니다.

세대원*					
모든 세대원의 성명과 생년월일을 기재해 주시기 바랍니다. 사회보장번호와 관계를 기재해 주시기 바랍니다.					
이름 성명- 이름, 미들네임 이니셜, 성	생년월일	사회보장번호	신청인과의 관계	시민권자 예, 아니요 또는 영주권자입니까?	신청 중 예인 경우 체크
			본인		<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>
신청자와의 관계는 보증인이 아니라 신청자에 대한 세대원의 관계이어야 합니다. 예로서, 부인, 남편, 딸, 아들, 부, 모, 의붓아들, 의붓딸, 조카 등입니다.					

\*위에 나열된 수보다 세대원이 더 많은 경우, 추가는 마지막 페이지를 참조해 주십시오.

가구 소득*					
귀하 또는 세대원 중 다음과 같은 종류의 소득이 있는 경우 기재해 주시기 바랍니다.					
세대원	종류 해당되는 경우 고용주 이름을 기재하십시오.	금액	기간 하나를 선택.	시작 일자	종료 일자 (해당되는 경우)
			<input type="checkbox"/> 주당 <input type="checkbox"/> 매월 <input type="checkbox"/> 격주 <input type="checkbox"/> 매년 <input type="checkbox"/> 시간당    주당 시간 _____		
			<input type="checkbox"/> 주당 <input type="checkbox"/> 매월 <input type="checkbox"/> 격주 <input type="checkbox"/> 매년 <input type="checkbox"/> 시간당    주당 시간 _____		
			<input type="checkbox"/> 주당 <input type="checkbox"/> 매월 <input type="checkbox"/> 격주 <input type="checkbox"/> 매년 <input type="checkbox"/> 시간당    주당 시간 _____		
			<input type="checkbox"/> 주당 <input type="checkbox"/> 매월 <input type="checkbox"/> 격주 <input type="checkbox"/> 매년 <input type="checkbox"/> 시간당    주당 시간 _____		

\*위에 나열된 항목보다 가구 소득 내역이 더 많은 경우, 추가는 마지막 페이지를 참조해 주십시오.

 ▮ 일반적으로 인정되는 모든 가구 소득에 대해 본 신청서 작성을 위해 최근 30일 이내의 입증 서류를 제출해야 합니다.  
 (즉, 세금신고서, 급여명세서, 승인장, 자영업 명세표, 자녀 양육비 내역서 등)

 본인의 가정에는 근로 소득이나 불로 소득이 없습니다.

환자 이름: \_\_\_\_\_ MRN: \_\_\_\_\_

**자산/자원\***

귀하 또는 세대원 중 다음과 같은 자원을 받고 있다면 기재해 주십시오.

- |                                 |                             |                                 |
|---------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 체크 계좌  | <input type="checkbox"/> CD | <input type="checkbox"/> 뮤추얼 펀드 |
| <input type="checkbox"/> 세이빙 계좌 | <input type="checkbox"/> 연금 | <input type="checkbox"/> 기타     |
| <input type="checkbox"/> MMA    | <input type="checkbox"/> 채권 |                                 |

표시된 모든 자산/자원에 대하여 다음 정보를 입력해 주십시오.

세대원	종류	계좌 번호	가치

\*위에 나열된 항목보다 자산/자원이 더 많은 경우, 추가는 마지막 페이지를 참조해 주십시오.

■ 표시된 모든 자산/자원과 관련하여, 최근 30 일 이내의 입증 서류를 제출해야 합니다.

 본인의 가족은 신고할 자산이나 자원이 없습니다.

**기타 정보\***

다음 질문에 답해 주십시오.

 환자가 미국 영주권자입니까?  예  아니요

 이 가정은 현재 공적 지원을 받고 있습니까?  예  아니요 받고 있다면 다음 사항을 기재하십시오.

보험 회사 이름 및 ID 번호: \_\_\_\_\_

 환자가 지난 12 개월 안에 공적 지원을 신청했습니까?  예  아니요

 예라고 답하셨다면, 보장을 거절당했습니까?  예  아니요

■ 승인/거절 PA-162 서신을 첨부해 주십시오. (복지부 PA 로부터 수령)

 환자에게 건강보험이 있습니까? 건강보험 혜택을 받는다면, 해당 부서에 알려주시기 바랍니다. 항상 건강보험이 재정지원보다 우선됩니다.  예  아니요 받고 있다면 다음 사항을 기재하십시오.

보험 회사 이름 및 ID 번호: \_\_\_\_\_

피보험자 이름: \_\_\_\_\_ 생년월일: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\*위에 나열된 항목보다 정보가 더 많은 경우, 추가는 마지막 페이지를 참조해 주십시오.

 환자가 다음에 대한 자격이 있습니까?  예  아니요

 학교 점심 보조 프로그램

 저소득층 주거 보조

 주정부 후원 처방약 프로그램

 WIC

 푸드 스탬프

상기에서 예로 대답한 경우, 자격을 증빙하는 서류를 제출해 주십시오.

**서명**

본인은 위 정보가 본인이 아는 한 빠짐 없이 사실이며 정확하다는 것을 확인합니다.

신청인의 서명: \_\_\_\_\_ 날짜: \_\_\_\_\_

또는

위임 대리인 서명: \_\_\_\_\_ 날짜: \_\_\_\_\_

위임 대리인 이름: \_\_\_\_\_ 신청인과의 관계: \_\_\_\_\_

위임 대리인 전화번호: \_\_\_\_\_ 휴대전화 번호: \_\_\_\_\_

환자 이름: \_\_\_\_\_ MRN: \_\_\_\_\_

세대원(계속)					
모든 세대원의 성명과 생년월일을 기재해 주시기 바랍니다. 사회보장번호와 관계를 알고 계시면 기재해 주시기 바랍니다.					
이름 성명 - 이름, 미들네임 이니셜, 성	생년월일	사회보장번호	신청인과의 관계	시민권자 예, 아니요 또는 영주권자입니까?	신청 중 예인 경우 체크
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>

신청자와의 관계는 보증인이 아니라 신청자에 대한 세대원의 관계이어야 합니다.  
예로서, 부인, 남편, 딸, 아들, 부, 모, 의붓아들, 의붓딸, 조카 등입니다.

가구 소득(계속)					
귀하가 언급하신 모든 소득에 대하여 다음 정보를 기재해주십시오.					
세대원	종류 해당되는 경우 고용주 이름을 기재하십시오	금액	기간 하나를 선택	시작 일자	종료 일자 (해당되는 경우)
			<input type="checkbox"/> 주당 <input type="checkbox"/> 매월 <input type="checkbox"/> 격주 <input type="checkbox"/> 매년 <input type="checkbox"/> 시간당 주당 시간 _____		
			<input type="checkbox"/> 주당 <input type="checkbox"/> 매월 <input type="checkbox"/> 격주 <input type="checkbox"/> 매년 <input type="checkbox"/> 시간당 주당 시간 _____		
			<input type="checkbox"/> 주당 <input type="checkbox"/> 매월 <input type="checkbox"/> 격주 <input type="checkbox"/> 매년 <input type="checkbox"/> 시간당 주당 시간 _____		
			<input type="checkbox"/> 주당 <input type="checkbox"/> 매월 <input type="checkbox"/> 격주 <input type="checkbox"/> 매년 <input type="checkbox"/> 시간당 주당 시간 _____		

☐ 일반적으로 인정되는 모든 가구 소득에 대해 본 신청서 작성을 위해 최근 30 일 이내의 입증 서류를 제출해야 합니다.  
(즉, 세금신고서, 급여명세서, 승인장, 자영업 명세표, 자녀 양육비 내역서 등)

자산/자원(계속)			
귀하가 언급하신 모든 소득에 대하여 다음 정보를 기재해 주십시오.			
세대원	종류	계좌번호	가치

☐ 표시된 모든 자산/자원과 관련하여, 최근 30 일 이내의 입증 서류를 제출해야 합니다.

기타 정보(계속)	
다음 질문에 답해주십시오.	
<b>환자에게 추가적인 건강보험이 있습니까?</b> 건강보험 혜택을 받는다면, 해당 부서에 알려주시기 바랍니다. 항상 건강보험이 재정지원보다 우선됩니다. <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 받고 있다면 다음 사항을 기재하십시오.	
보험 회사 이름 및 ID 번호: _____	
피보험자 이름: _____ 생년월일: ____/____/____	