

재정 지원 신청서

이름: _____ 사회보장번호: _____
주소: _____
시/도: _____ 주: _____ 우편번호: _____ 연락처: _____
고용주: _____ 근무 기간: _____
기혼이십니까? 예 아니요 배우자 이름: _____
부양가족 수 (본인 포함): _____ 나이: _____
가구원 수: _____

환자의 소득 정보

급여: \$ _____
금액: 시급 월급 연봉
실업수당: \$ _____
사회보장 또는 장애수당: \$ _____
AFDC: \$ _____ 자녀 양육비: \$ _____
저축 계좌: \$ _____
당좌예금 계좌: \$ _____
기타: \$ _____

배우자/기타 가구원의 소득 정보

급여: \$ _____
금액: 시급 월급 연봉
실업수당: \$ _____
사회보장 또는 장애수당: \$ _____
AFDC: \$ _____ 자녀 양육비: \$ _____
저축 계좌: \$ _____
당좌예금 계좌: \$ _____
기타: \$ _____

이 환자/배우자 관련 양식을 다음 서류(해당될 경우)와 함께 제출해 주십시오.

소득

최근 두 달치 급여명세서
 작년 세금 신고서 또는 미신고 증빙 서류
 소득 지급 승인서

자산

지난 두 달간의 모든 은행 거래 내역서 (입금 및 저축 계좌)
 지난 두 달간의 모든 투자 계좌 명세서/뮤추얼 펀드/머니마켓 계좌 내역
 지난 두 달간의 퇴직연금 계좌 명세서
 모든 차량 소유권/등록증
 모든 생명 보험 상품
 사업 자산 증서
 신탁 증서
 비주거용 부동산 증서

위의 정보는 사실이며 정확합니다:

서명: _____ 날짜: _____

Emory는 지원 절차 중 언제든지 재정 지원 자격 여부를 판단하는 데 도움이 되는 추가 정보나 서류를 요청할 수 있습니다. 재정 상황이 변경될 경우, Emory는 새 지원서를 제출하도록 요구할 수도 있습니다.

재정 지원 승인은 최대 6개월 동안 유효합니다. 자격 유지를 위해 환자는 연방, 주 및 ACA 프로그램의 자격 여부를 판단하는 데 도움을 주는 Emory 승인 업체와 전적으로 협력해야 합니다.

허위, 불완전 또는 오해의 소지가 있는 정보를 제공할 경우 재정 지원이 소급적으로 거부되거나 감액될 수 있으며, 그로 인해 발생하는 잔액에 대한 책임은 귀하에게 있을 수 있습니다. Emory Healthcare는 재정 지원 정책에 따른 귀하의 자격 여부를 언제든지 검토하고 필요에 따라 귀하의 계정을 조정할 권리도 보유하고 있습니다.