

기밀 금융 지원 신청서

안내: 신청서를 작성하여 10 일 안에 반송하고 다음의 사본을 첨부하십시오.

- | | |
|-------------------------|--------------------------------|
| ___ 가장 최근 세금 신고서 | ___ 모든 투자 현재 명세서 |
| ___ 3 개월간 완료된 은행 명세서 | ___ 3 개월간 소득 증명서 (급여 명세서 등) |
| ___ 가능한 경우, 메디케이드 결정/거부 | ___ 소득이 없는 경우, 지원을 제공하는 단체의 편지 |

환자 정보		
성명(이름, 성, 중간이름)		생년월일
주소		
1 차 연락처 ()	2 차 연락처 ()	사회보장번호/EIN
결혼 여부 <input type="checkbox"/> 미혼 <input type="checkbox"/> 기혼 <input type="checkbox"/> 이혼 <input type="checkbox"/> 기타 _____		서류상 미국 거주자입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
연방 세금 신고서를 제출하십니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 아니라고 대답하셨다면, 이유가 무엇입니까? _____		1 차 제출자는 누구입니까? <input type="checkbox"/> 본인 <input type="checkbox"/> 배우자 <input type="checkbox"/> 기타: _____
근로자		근로 당시에 의료 보험이나 다른 보험에 가입되어 있었습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오

가족 구성원 정보(귀하와 같이 사는 모든 가족 구성원을 작성하십시오)

가족 구성원 이름	생년월일	관계	해당 인물이 귀하의 연방 세금 신고서 목록에 들어 있습니까?
1.			<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
2.			<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
3.			<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
4.			<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
5.			<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오

가족 구성원이 더 있다면 추가 서류로 제출할 수 있습니다.

비용(전체 가족 구성원의 월별 비용을 작성하십시오) 이 섹션은 NHSC 또는 MSLRP 클리닉에 필요하지 않습니다

주택 지불금/임대료/토지 임대료	재산세(년)	주택/임대 보험료
자동차 지불금	자동차 보험	연료(차량)
전화	공과금	식품
자녀 양육/자녀 지원	교육비	기타:
건강 보험/지출	생명 보험	기타:

내부 전용	의료 기록 번호 MNR
-------	--------------

소득(모든 가족 구성원의 소득을 작성하십시오)					
월 소득 출처	받는 사람?	총 월 소득	월 소득 출처	받는 사람?	총 월 소득
임금(환자)			사회보장번호/EIN(환자)		
임금(추가)			사회보장번호/EIN(추가)		
자영업			투자/이자		
연금/배당			양육비/위자료		
팁/수수료			부족 소득		
실업 수당			임대료/토지계약소득		
근로자 보상			공공 지원 소득		
장애인 수당			기타:		
가족 구성원 자산(전체 가족 구성원의 자산을 작성하십시오) 이 섹션은 NHSC 또는 MSLRP 클리닉에 필요하지 않습니다					
자산 출처	자산 소유자?	현재 자산 가치	자산 출처	자산 소유자?	현재 자산 가치
은행 계좌			부동산(주택) 가치		
은행 계좌 #2			2 번째 부동산 가치		
저축 계좌			주요 차량 가치		
저축 계좌 #2			2 번째 차량 가치		
CD/ 단기 금융 시장			오토바이/ATV/보트/트레일러		
401k/403B/IRA/은퇴			생명 보험(해약 환급금)		
주식/ 채권/ 연금			신탁		
HSA/FSA			전화/가상 결제 서비스		
기타:			기타:		

저는 저의 연간 수입, 가족 규모, 자산 관련으로 제출한 정보가 검증 대상이 되는 것을 알고 있습니다. 저는 또한 제출한 정보가 거짓으로 밝혀질 경우, 이는 신청 거부로 이어지며 미불 계좌 잔액은 본인 책임이 된다는 것을 확인합니다.

해당 신청서 작성을 완료하기 위해 질문이 있거나 도움이 필요하다면 844.408.4103 로 전화 하거나 다음 이메일로 연락해주십시오 SHLfinancialcounseling@corewellhealth.org.

신청자 _____ 날짜

배우자 _____ 날짜