

환자 이름(성, 이름, 중간 이니셜) _____ 사회 보장 번호 _____

환자 주소 _____ 시 _____ 주 _____ 우편번호 _____

결혼 상태: 기혼 독신 사별
 별거 이혼

생년월일(월/일/년) _____ 전화번호 _____ 배우자 성명 _____

재직 중 예 아니요 _____ 재직 중 예 아니요 _____

환자의 직장 _____ 배우자의 직장 _____

전화번호 _____ 전화번호 _____

가구 내 미지급 잔액이 있는 다른 Baylor Scott & White Health 계정(환자 이름, DOB 및 시설 이름을 기재하십시오).

****실업자인 경우 전 고용주의 이름과 전화번호를 기재하십시오****

A. 소득: 가구 내 각 인원에 대해 소득을 기재해 주십시오.

환자 <input type="checkbox"/> 정규직 <input type="checkbox"/> 임시직 - 시간/주 = _____ \$ _____ <input type="checkbox"/> 시간 <input type="checkbox"/> 주 <input type="checkbox"/> 격주 <input type="checkbox"/> 월 <input type="checkbox"/> 년 \$ _____ 추가 소득	환자가 미성년자일 경우에만 작성하십시오(아니면 공란으로 둘 것) 환자 부친 <input type="checkbox"/> 정규직 <input type="checkbox"/> 임시직 - 시간/주 = _____ \$ _____ <input type="checkbox"/> 시간 <input type="checkbox"/> 주 <input type="checkbox"/> 격주 <input type="checkbox"/> 월 <input type="checkbox"/> 년 \$ _____ 추가 소득
배우자 <input type="checkbox"/> 정규직 <input type="checkbox"/> 임시직 - 시간/주 = _____ \$ _____ <input type="checkbox"/> 시간 <input type="checkbox"/> 주 <input type="checkbox"/> 격주 <input type="checkbox"/> 월 <input type="checkbox"/> 년 \$ _____ 추가 소득	환자 모친 <input type="checkbox"/> 정규직 <input type="checkbox"/> 임시직 - 시간/주 = _____ \$ _____ <input type="checkbox"/> 시간 <input type="checkbox"/> 주 <input type="checkbox"/> 격주 <input type="checkbox"/> 월 <input type="checkbox"/> 년 \$ _____ 추가 소득
총 가구 소득 \$ _____ 총 가구 소득 \$ _____	

B. 소득 확인: 모든 가구 소득원에 대한 확인서(사본만 보내고 원본은 보관할 것)를 제출하십시오(수락 가능 서류는 아래 참조). 첨부한 문서에 체크하십시오.

급여 지급서 고용주 확인서 신용 조회(BSWH 작성)
 IRS 양식 W-2 세금 신고서 정부 지원금(푸드 스탬프, CDIC, Medicaid, TANF)
 은행 거래 명세서 기타(아래 참조) 사회 보장, 근로자 수당 또는 실업 수당 증명서

상기에 열거된 소득원 증빙 문서를 제공할 수 없는 경우, 이러한 정보를 이용할 수 없는 사유를 설명하십시오.

C. 가족 구성원: 환자 가족의 중 인원 수를 기입하십시오. (이 숫자에는 환자, 환자의 배우자 및 환자의 부양 가족만 포함되어야 함)

D. 자산 및 기타 자원:

본인이 이용할 수 있는 자산이나 기타 재원이 있습니까? 예 아니요 "예"인 경우, 현재 이용 가능한 금액: \$ _____
(예: 예금 계좌, 신탁, 주식, 채권, 은퇴 계좌, 뮤추얼 펀드 등)

의료보험이 있습니까? 예 아니요 "예"인 경우, 제공자 이름: _____

건강 저축 계좌(Health Savings Account)나 유동성 지출 계좌(Flexible Spending Account)가 있습니까? 예 아니요 "예"인 경우, 현재 이용 가능한 금액: \$ _____

본인은 Baylor Scott & White Health(이하 "BSWH")가 본 신청서에 대한 BSWH의 평가와 관련하여 본 재정 지원 신청서(이하 "신청서")에 포함된 재무 정보를 확인할 수 있음을 이해하며 본인의 서명으로 본인의 고용주 또는 여기에 기재된 개인이 누구든 본 신청서에 제공된 정보와 관련하여 추가 세부 사항을 승인하거나 제공하는 데 동의합니다. 또한 BSWH가 신용 보고 기관 및 사회 보장국으로부터 보고서를 요청하는 데 동의합니다. 본인은 본 신청서의 내용이 본인의 지식과 신념에 부합하며 진실하고 정확하며 성실하게 작성되었음을 보증합니다. 본인은 본 신청서에 대한 정보 위조 또는 허위 진술로 인해 재정 지원이 거부될 수 있음을 알고 있습니다.

본인은 일부 의사와 의료기관은 BSWH의 직원이 아닐 수도 있음을 잘 알고 있습니다. 본인은 해당 제공업체로부터 별도의 청구서를 수령할 수 있음을 이해하며 본 재정 지원 신청서는 해당 잔액에 적용되지 않습니다.

환자 또는 책임 당사자의 서명 _____ 이름(인쇄체) _____ 일자 _____

For Hospital Use Only

Application information obtained by BSWH Employee in person or over the phone, no patient signature required. _____
Electronic Signature of BSWH Employee or BSWH Representative _____ Date _____

Notes Regarding Income Verification/Number in the Household: _____

Patient is part of community care program Program Name _____