



Community Memorial Health System

Where Excellence Begins with Caring

커뮤니티 메모리얼 보건 진료소
147 North Brent Street
Ventura, CA 93003

직접 내방을 통한 신청 장소:
5855 Olivas Park Drive
Ventura, Ca 93003

재정 지원 요청서 무보상 자선 진료 신청서

환자 성명 _____

환자 계정 번호(들) _____

보증인 성명 _____

생년월일: _____ 사회보장번호 _____ - _____ - _____

전화번호 () _____

주소 _____

시티, 주, 우편번호 _____

배우자 성명 _____ 사회보장번호 _____ - _____ - _____

귀하는 미국 시민권자입니까? 예 아니오

아니면, 영주권자입니까? 예 아니오

아니면, 비영주권자입니까? 예 아니오

가족 구성: 귀하가 부양하는 부양가족 전부를 열거하십시오.

| 성명 | 나이 | 관계 |
|-------|-------|-------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

직장 및 직업:

직장 _____ 직위: _____

자영업자인 경우, 사업명 _____

직장주소 _____

전화번호 _____ 근무기간 _____

배우자 직장: _____ 직위: _____

자영업자인 경우, 사업명 _____

현재 소득 및 지출 내역서

현재 월 소득:

| | 환자 | 배우자 |
|-----------------|----------|----------|
| 총 급여 | \$ _____ | \$ _____ |
| 사업 소득 (자영업인 경우) | \$ _____ | \$ _____ |
| 이자 및 배당소득 | \$ _____ | \$ _____ |
| 부동산 또는 개인자산 소득 | \$ _____ | \$ _____ |
| 사회보장/은퇴 수당 | \$ _____ | \$ _____ |
| 위자료, 양육비 소득 | \$ _____ | \$ _____ |
| 실업 수당 | \$ _____ | \$ _____ |
| 여타 소득 | \$ _____ | \$ _____ |
| 총 월소득 | \$ _____ | \$ _____ |

현재 월 지출:

| | | |
|----------------------|-----------------|-----------------|
| 임대료 또는 주택 지급비용 | \$ _____ | \$ _____ |
| 부동산 보유세 | \$ _____ | \$ _____ |
| 공공요금 | \$ _____ | \$ _____ |
| 위자료, 양육비 지출 | \$ _____ | \$ _____ |
| 교육비 | \$ _____ | \$ _____ |
| 식비 | \$ _____ | \$ _____ |
| 월급 공제액 | \$ _____ | \$ _____ |
| 의료, 치과 진료 및 약품비용 | \$ _____ | \$ _____ |
| 기타 _____ | \$ _____ | \$ _____ |
| 총 월 지출 | \$ _____ | \$ _____ |
| 지출을 차감한 순 월소득 | \$ _____ | \$ _____ |

이 신청서에 서명함으로써 나는 커뮤니티 메모리얼 보건 체제가 자선 진료 적격여부 판정의 목적으로 나의 직장, 은행 및 여타 정보 제공처에 연락할 수 있으며 또한 신용기록 요청을 수락하는 것에 동의합니다. 나는 자선 진료 지침에 의하여 해당 서비스에 대한 적격대상이 아닌 경우 개인적으로 제공된 서비스 비용에 대한 지불 책임이 있음을 이해합니다. 나는 이 신청서에 기재된 정보가 사실이며 정확함을 보증합니다. 제공된 정보 중 거짓되거나 허위 사실이 있는 경우 자선 진료에 대한 적격 부여가 거부됨을 이해합니다.

나는 이 신청서가 커뮤니티 메모리얼 보건 체제 진료비에만 적용됨을 또한 이해합니다. 모든 의사, 방사선과 전문인력, 오하이 응급실 전문인력, 구급차, 마취 서비스 또는 병리학 검사 서비스는 커뮤니티 메모리얼 보건 체제와는 별도로 청구되며 본 신청서의 적용을 받지 않습니다.

(환자 또는 보증인 서명)

(날짜)

(환자 또는 보증인 서명)

(날짜)



Community Memorial Health System

Where Excellence Begins with Caring

직접 방문하여 신청하시려면 아래 장소로 오십시오:

5855 Olivas Park Drive

Ventura, CA 93003

업무시간

월 - 금 오전 8:00 - 오후 4:00

재정 지원 요청서 무보상 자선 진료 신청서 지침

날짜: _____

환자 성명: _____

계정 번호(들): _____

심사 대상 총 잔액: \$ _____

상기 계정 번호(들)에 대한 귀하의 재정 지원 요청과 관련하여, 다음의 서류를 이 편지 날짜로부터 십(10)일 또는 그 이내에 제출하여 주십시오.

신청 절차를 완전히 이행하며, 귀하의 진료비 완납 또는 부분 납부 능력 여부를 적절하게 평가하기 위한 목적으로 요청된 모든 정보를 제출하는 것이 중요합니다.

- (1) 공식적 메디칼 거절 또는 인정 서류
- (2) 기재가 완료된 자선 진료 신청서 (이 편지에 동봉)
- (3) 최근 3개월간의 귀하의 급여 명세서 사본. 또한 수령한 공공 지원 (예컨대, 사회보장, 실업 또는 장애 수당)도 이에 포함해 주십시오. 소득을 현금으로 수령하는 경우 직장으로부터 귀하의 급여에 대한 서면 진술서를 발급받아 제출하십시오.

현재 어떤 소득도 없다면 별도 지면에 귀하의 현재 재정 상황에 대하여 간략히 기술하십시오. 반드시 날짜를 기재하고 서명하십시오. 재정 지원을 받고 있거나 다른 사람과 같이 살고 있다면, 이 동거인이 상황을 서면에 기술하도록 해 주십시오.

(4) 임대 또는 주택용자 증빙서류

(5) 귀하의 최근 3 개월간의 은행계좌 내역서 사본 (저축, 체크, IRA, 금융구좌 등)

(6) 전년도 세금보고서 사본(완료되고 서명된 1040)

제출된 서류는 다시 돌려받지 못하므로 이들 서류의 사본을 제출하여 주십시오.

질문이 있는 경우 (805)652-5676 로 제게 직접 연락주시면 도와드리겠습니다.

____백키(BECKY)_____

환자 계정 담당
커뮤니티 메모리얼 보건 진료소