

재정 보조 신청서

환자 계정 번호: _____

환자 정보

환자/보호자 성명: _____

배우자 성명: _____

주소: _____

전화번호: _____

환자/보호자 사회 보장 번호: _____

환자/보호자 고용 정보

회사명: _____

회사 주소: _____

회사 전화번호: _____

직업: _____

배우자 정보

회사명: _____

회사 주소: _____

회사 전화번호: _____

직업: _____



Good Samaritan Hospital
1225 Wilshire Blvd.
Los Angeles, CA 90017

FINANCIAL ASSISTANCE REQUEST (FORMA DE AYUDA FINANCIERA)



부양 가족

성명: _____ 나이: _____ 관계: _____

성명: _____ 나이: _____ 관계: _____

성명: _____ 나이: _____ 관계: _____

성명: _____ 나이: _____ 관계: _____

수입 정보

월별 총 수입: _____

환자/보호자 _____ 배우자: _____

자영업자 연수입: _____

기타 수입: _____

추가 의료 지출

설명: _____

금액: _____

설명: _____

금액: _____

설명: _____

금액: _____

설명: _____

금액: _____

설명: _____

금액: _____



Good Samaritan Hospital
1225 Wilshire Blvd.
Los Angeles, CA 90017

FINANCIAL ASSISTANCE REQUEST
(FORMA DE AYUDA FINANCIERA)



IMPRINTER

재정 보조 신청서의 처리를 위해 다음의 확인 서류를 제출하십시오.

- 최근 (1)개월 월급 명세서 또는
- 최근 소득세 신고서/W-2 양식
- 무소득자 또는 소득 확인 문서가 없는 경우, 본인 또는 가족 부양 방법에 대한 설명서를 제출하십시오.
- 재정 보조 신청서에 서명 및 날짜를 기입하십시오. 환자 및/또는 보호자 및 배우자의 정보를 기입하였다면 신청서에 모두 서명해야 합니다.
- 작성한 재정 보조 신청서와 필요한 확인 서류는 반드시 14일 이내로 함께 제출하십시오.
- 재정 보조 신청서는 필요한 모든 정보가 접수되기 전에는 처리할 수 없습니다.

정보 공개 승인

본 승인은 귀하의 재정적 지불 능력을 평가하는 데 도움이 되는 의료, 개인 및 재정 정보의 사용 또는 공개를 위한 것입니다. 취득한 모든 정보는 2003년 4월 14일 발효된 연방 건강보험의 이전과 책임에 관한 법률 (HIPAA) 개인 정보 보호 규칙에 의해 보호됩니다.

본인은 이 정보가 지정된 병원 직원 및 Good Hope Foundation 이사회에 제공될 것임을 이해합니다. 공개되는 정보는 보상되지 않는 서비스에 대한 재정 보조 신청서의 평가 및 결정용으로만 사용됩니다.

본인/우리는 아래에 서명함으로써 제공한 모든 정보가 본인이 아는 한 정확하며 사실임을 선언합니다.

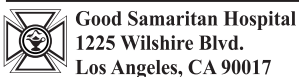
환자/보호자 서명

날짜

환자와의 관계

배우자 서명

날짜



Good Samaritan Hospital
1225 Wilshire Blvd.
Los Angeles, CA 90017

FINANCIAL ASSISTANCE REQUEST
(FORMA DE AYUDA FINANCIERA)

