

금융 지원 검토 신청서

환자명 _____ 혼인 여부 _____

전체 주소 _____ 전화번호 _____

사회보장 번호 _____ - _____ - _____ 계좌 번호 _____

의료서비스 일자 _____

- 의료서비스 일자 또는 최초 청구 후 6개월 이내에 MCH 병원 금융 지원을 신청해야 합니다.

의료서비스를 받을 때 오하이오 주 주민이었습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	의료서비스를 받을 때 실질적인 장애 지원 수혜자였습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
현재 오하이오 주에 거주하고 계십니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	의료서비스를 받을 때 Medicaid, Spend Down 포함 Medicaid, Caresource 또는 Molina의 자격이 있었습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
단지 의료서비스를 받기 위해서 오하이오 주에 거주하십니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	의료서비스를 받을 때 다른 의료 보험에 가입되어 있었습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
본 의료비에 대해 책임을 지거나 청구를 받을 다른 대상이 있습니까? *예*인 경우, 이름 _____ 연락 번호 _____	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	**상기 질문 중 하나에 대해 예라고 답변하신 경우, 해당 비용을 청구할 수 있도록 보험 카드 또는 기타 보장 증빙을 보내 주십시오.	

자택에서 함께 거주하거나 외부에 거주하는 배우자 및 18세 미만의 친자녀 또는 입양 자녀를 기재해 주십시오.

성명	연령	자택에 거주	관계
		<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	
		<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	
		<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	

환자가 미성년자일 경우, 환자 본인과 배우자 대신에 모친 및 부친의 소득을 모두 기재하십시오.

총소득(세금 공제 전)	환자/모친	배우자/부친
의료서비스 전 3개월간의 총소득.	\$	\$
의료서비스 전 12개월간의 총소득.	\$	\$
이번 달 말에 예상되는 총소득은 얼마입니까?	\$	\$
다른 월별 소득 및 해당 소득의 원천을 기재해 주십시오	\$	\$
소득을 "\$0"으로 신고한 경우, 일상적인 생활비를 조달하는 방법에 대한 간략한 설명을 기재해 주십시오.		

비용		
임대료/모기지	\$	\$
의료 비용/처방	\$	\$

자산		
주택 또는 다른 자산을 소유하고 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	자산 가치: \$
은행 계좌/잔고?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	자산 가치: \$

본인은 상기 내용이 본인이 아는 한도 내에서 진실하고 정확하며, Diley Ridge 의 확인을 받아야 하는 사항을 증명합니다. 본인은 본 신청서와 함께 소득 및/또는 자산을 증명할 서류를 요청받을 수 있음을 이해합니다. 병원의 금융 지원 목적을 위해, 본인은 본 내용을 확인하기 위해 본인의 신용 상태 보고서에 액세스할 수 있는 권한을 Diley Ridge 에 부여합니다. 또한 본인은 본 정보가 거짓으로 밝혀질 경우 의료서비스 비용을 지불할 책임이 있음을 인정합니다. 기타 특별한 상황에 대해 설명하는 서류를 첨부하십시오.

_____ 서명

_____ 날짜