

진료비 면제 신청서 (Application for Uncompensated Care)

섹션 I.- 가족/보증인 정보		섹션 IV.- 비 유동 자산				
총 가족 수:		회사명	연도	유자 잔액	월 할부금	가치
21 세 미만의 부양 가족 수:		차 1				\$ _____
보증인 성명:		차 2				\$ _____
환자와의 관계:		그 외				\$ _____
시민권 유무		총				
		거주지가 본인 소유입니까, 렌트입니까?		<input type="checkbox"/> 소유	<input type="checkbox"/> 렌트	
섹션 II.- 월 총 수입		다른 부동산을 소유하고 있습니까?		<input type="checkbox"/> 네	<input type="checkbox"/> 아니오	
모:		주소/장소:				
<input type="checkbox"/> 급여	\$ _____		가치	유자 잔액	자산 가치	
<input type="checkbox"/> 장애 연금	\$ _____					
<input type="checkbox"/> 실업 수당	\$ _____					
<input type="checkbox"/> 은퇴 연금	\$ _____	그 외 부동산				
<input type="checkbox"/> 메디칼(Medi-cal)	\$ _____	총 비 유동 자산:				\$ _____
<input type="checkbox"/> 기타:	\$ _____					
부:		섹션 V.- 월 경비				
<input type="checkbox"/> 급여	\$ _____		모	부		
<input type="checkbox"/> 장애 연금	\$ _____	위자료 및/혹은 자녀 양육비	\$ _____	\$ _____		
<input type="checkbox"/> 실업 수당	\$ _____	자녀 보육비	\$ _____	\$ _____		
<input type="checkbox"/> 은퇴 연금	\$ _____	의료 보험료	\$ _____	\$ _____		
<input type="checkbox"/> 메디칼(Medi-cal)	\$ _____	직업 관련 비용(한 명당 최대 \$75)	\$ _____	\$ _____		
<input type="checkbox"/> 기타:	\$ _____	총 의료/치과 비용	\$ _____	\$ _____		
총 수입:	\$ _____	신용 계좌/대출/신용 카드:	\$ _____	\$ _____		
		이름:	\$ _____	\$ _____		
		이름:	\$ _____	\$ _____		
		이름:	\$ _____	\$ _____		
섹션 III.- 유동 자산		마스터 카드(MasterCard) 한도액	\$ _____	\$ _____		
체크 어카운트#:	\$ _____	비자(Visa) 한도액:	\$ _____	\$ _____		
은행명:		총 경비		\$ _____	\$ _____	
지점:						
세이빙 어카운트#:	\$ _____					
은행명:		구비 서류:				
지점:		<input type="checkbox"/> 지난 해 세금 보고서 혹은 최근 3 개월간의 급여 명세서				
기타:	\$ _____	<input type="checkbox"/> 은행 거래 내역서 사본 (2 개월 분)				
구체적으로		<input type="checkbox"/> 렌트비 영수증 혹은 모기지 지불 서류 (3 개월 분)				
총 유동 자산:	\$ _____	<input type="checkbox"/> 기타: (구체적으로)				

목적: 이 정보는 Children's Hospital LA에서 받으신 진료에 대한 귀하의 지불 능력 또는 의료비 지원 프로그램에 대한 자격 여부를 결정하기 위한 것입니다. 이 정보는 메디칼(Medi-cal)이나 캘리포니아 아동 서비스(California Children's Services), 카운티 의료 빈곤 서비스 프로그램(County Medically Indigent Services Program), 그리고 그 외의 다른 카운티 지원 프로그램에 대한 신청서가 **아닙니다. 그러한 지원 프로그램에 신청하려면 귀하가 거주하시는 카운티의 사회 복지국(DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES)으로 연락하셔야 합니다.** 본인은 상기 정보가 정확하고 완전한 것임을 증명하며, 병원에서 모든 정보를 확인할 권리가 있음을 알고 있습니다. 본인은 재정 정보에 변화가 생길 경우 10 일 이내에 환자 비즈니스 서비스(Patient Business Services)로 모든 변경 사항을 통보하는 것에 동의합니다.

본인은 CHILDRENS HOSPITAL LOS ANGELES 에서 받은 진료비의 총액을 지불해야 할 의무가 있음을 알고 있습니다.

부모/보호자 서명

날짜

증인/번역인

병원 담당자