

## **NYS Uniform Hospital 재정 지원 신청서**

보험이 없거나, 보험이 소진되었거나, 건강 보험이 있지만 의료비 지출이 소득의 10% 이상이라는 증빙이 있는 경우 병원 재정 지원을 받을 수 있습니다. 이 양식을 작성하면 병원 재정 지원 요청이 시작됩니다. 이 양식은 뉴욕주 내 모든 병원에서 사용됩니다.

*이 신청서는 병원에서 진료를 받는 환자가 사용하는 제1<sup>1</sup> 언어로 인쇄해야 합니다.*

### **환자 성명(해당하는 정보 모두 작성)**

환자 성명(성, 이름, 중간 이름)		
생년월일(mm/dd/yyyy)		
주소	아파트/유닛 번호	
시	주	우편번호
연락처 전화번호		
부모/보호자 또는 법정 대리인 이름(환자가 미성년자이거나 의사 결정 능력이 없는 성인인 경우)		
이메일 주소(있는 경우)		

### **가족 정보:**

아래에, 가구 내 모든 가족 구성원을 기재하십시오. 귀하의 가구에는 본인, 배우자 또는 동거인, 자녀 또는 다른 부양가족이 포함됩니다. 예를 들어, 여기에는 동일한 세금 신고서에 기재된 모든 사람이 포함될 것입니다.

총소득은 세금 공제 전 소득을 의미합니다.

총소득에는 근로 소득(임금, 급여, 팁, 자영업 소득), 불로소득(사회 보장, 장애 및 실업급여), 기부금(가족 또는 친구의 자금), 기타 소득원(임시 지원 및 보충 보장 소득)이 포함될 수 있습니다.

성명	관계	전체 총소득(현재)
	본인	

---

<sup>1</sup> "제1 언어"에는 연간 환자 방문의 최소 5%에서 의사소통에 사용되는 언어 또는 미국 인구조사국에서 제공하는 인구통계 정보를 사용하여 계산한 1차 병원 서비스 지역 인구의 1% 이상이 사용하는 언어가 포함되며, 이는 학교 시스템의 데이터를 보완한 것입니다.


병원은 귀하에게 소득 증명을 위한 서류 제출을 요청할 수 있습니다. 서류의 예로는 급여 명세서, 해당하는 경우 고용주가 보낸 편지 또는 양식 1040이 포함될 수 있습니다.

#### 건강 보험 상태

귀하는 **Medicaid, Medicare** 또는 고용주를 통하거나 본인이 직접 가입한 개인 보험을 포함하여 어떤 형태로든 건강 보험을 가지고 있습니까?

☐ 예      ☐ 아니요

"아니요"라고 답한 경우, 이러한 프로그램에 신청하는 데 도움이 필요합니까?

☐ 예      ☐ 아니요

**보험이 부족한 환자:** 보험이 있지만 높은 의료비를 지불한 사람들. 보험이 있는 경우, 지난 12개월 동안 지불한 의료비의 예상 금액을 기재해 주십시오.

\$

병원에서는 지불한 의료비 증빙 서류 제출을 요청할 수 있습니다.

**환자/책임자:** 환자가 아닌 경우, 양식에 서명하는 사람의 이름과 환자를 대신하여 서명할 수 있는 권한(예: 배우자, 부모, 법정 대리인)을 기재하십시오.

본인은 제출한 정보가 외부 소스에서 확인할 수 있음을 이해합니다. 제출한 정보는 본인이 아는 한 진실하고 완전함을 증명합니다.

이름(정자체)	날짜
환자와의 관계	
서명	