

관리 전용
 시설 **Long Island Community**

 계정 # _____
 의료 기록 # _____

관리 전용
 환자 유형 _____
 상각 금액 \$ _____
 계산 방법 _____

재정 지원 신청서
 (첨부 A)

I. 환자 인구통계

환자 성명: _____
 (성) _____ (이름) _____ (중간이름) _____ (사회보장번호 - 필수사항 아님) _____ (생년월일) _____

보증인 성명: _____
 (성) _____ (이름) _____ (중간이름) _____ (사회보장번호 - 필수사항 아님) _____ (생년월일) _____

주소: _____
 (도로명) _____ (도시) _____ (주) _____ (우편번호) _____

집 전화: _____ 직장 전화: _____ 휴대폰: _____

II. 가구 정보

환자 결혼 상태: <i>(하나에 동그라미를 치십시오)</i>	기혼	미혼	별거	총 가구원 수:
배우자 및 부양가족(들) 성명: <i>(추가 부양가족이 있는 경우 별도 시트 첨부)</i>	생년월일		사회보장번호 <i>(필수사항 아님)</i>	

III. 현재 고용 정보

직원 성명(환자, 보증인, 배우자, 또는 부양가족):	고용주 성명, 주소, 및 고용 날짜
	고용 날짜:
	고용 날짜:
	고용 날짜:

IV. 보험 정보 *(추가 보험 정보는 별도 시트 첨부)*

건강 보험에 가입되어 있거나 신청 중입니까(Medicaid 및 뉴욕 주 건강 보험 포함)?	예	아니요
"예" 인 경우, 설명해 주십시오: <i>(보험 회사 이름, 주소, 전화번호, 보험 증권/그룹 번호 및 가입자 정보 포함)</i>		

V. 기타 정보

사고 또는 상해로 인한 치료입니까?	예	아니요
그렇다면, 사고 날짜:		
사고에 대한 간략한 설명:		
사고 발생 도로, 시, 및 주:		
주택 소유자 보험 또는 책임 보험이 관련되어 있습니까?		

귀하는 병원에서 귀하의 신청에 대한 결정이 담긴 서신을 보낼 때까지 병원에 비용을 지불할 필요가 없습니다.

재정 지원 신청서

(첨부 B)

VI. 재정 명세서

환자, 보증인, 배우자, 및 부양가족에 대한 총액을 기재: (필요에 따라 추가 시트 추가)

월 소득:	금액:
총 임금, 급여, 팁	\$
사회 보장	\$
장애	\$
실업	\$
자녀 양육비	\$
위자료/유지비	\$
임대 소득	\$
부동산 소득	\$
연금	\$
배당금/이자	\$
기타 소득(상세 기재):	
	\$
	\$
	\$

인증

본인은 본인이 알고 있는 한 상기 정보가 사실이고 정확하다는 것을 증명합니다. 본인은 허위 또는 오해의 소지가 있는 정보로 인해 재정 지원을 받을 자격이 박탈될 수 있음을 이해합니다. 본인은 제공한 정보를 확인하고 관련 연방법 및 주법에 따라 청구 및 징수를 위해 필요한 모든 정보를 공개하는 것을 승인합니다. 또한 본인은 병원비 지불에 사용할 수 있는 모든 지원(Medicaid, Medicare, 보험 등)을 신청할 것이며, 그러한 지원을 받기 위해 합리적으로 필요한 모든 조치를 취하고 병원비로 회수된 금액을 병원에 양도하거나 지불할 것입니다.

본인은 이 신청서가 병원에서 병원에 등록된 기존 기준에 따라 재정 지원에 대한 본인의 자격을 결정할 수 있도록 하기 위해 작성되었음을 이해합니다.

또한 본인은 자격 여부를 결정하기 위해 요청이 있을 경우 추가 정보를 제공하는 데 동의합니다. 본인은 본인의 필요 사항, 보험 자격, 소득, 재산, 거주지 또는 주소가 변경되는 경우 이를 롱아일랜드 커뮤니티 병원에 알리는 데 동의합니다.

신청사 서명: _____ 날짜 _____

면접관의 서명: _____ 날짜 _____

귀하는 병원에서 귀하의 신청에 대한 결정이 담긴 서신을 보낼 때까지 병원에 비용을 지불할 필요가 없습니다.

롱아일랜드 커뮤니티 병원 재정 지원 신청서 동봉:

재정 지원 신청 절차:

1. 동봉된 신청서 전체를 작성하십시오.
2. 작성한 신청서를 30 일 이내에 다음 주소로 반송하십시오:

Long Island Community Hospital
101 Hospital Road
Patchogue, NY, 11772
수신: 재정 상담

3. 모든 항목이 접수되면 귀하의 요청을 검토하고 30 일 이내에 결정사항을 서면으로 통지해 드립니다.

중요 사항

- 본 재정 지원 신청서는 병원 비용에 대한 것이며 의사 또는 기타 전문가 비용은 포함되지 않습니다.
- 개인 진료실 또는 기타 개인 물품 비용은 재정 지원 프로그램에서 보장하지 않습니다.
- 롱아일랜드 커뮤니티 병원에서 허용하지 않는 보험이 적용되는 선택적 서비스는 재정 지원 프로그램에서 보장하지 않습니다.

질문이 있으시면 언제든지 (631) 687-4653 으로 연락해 주십시오.

감사합니다.

재정 상담

귀하는 병원에서 귀하의 신청에 대한 결정이 담긴 서신을 보낼 때까지 병원에 비용을 지불할 필요가 없습니다.