

재정 지원 프로그램 신청서

신청자명 _____

사회보장번호(SSN) _____

생년월일 _____

환자명 _____

사회보장번호(SSN) _____

생년월일 _____

주소 _____

거리

아파트#

도시

주

우편번호

집 전화번호 _____

휴대폰 번호 _____

직장 번호 _____

해당 가계의 모든 피부양자 이름을 기입하세요

이름	관계	생년월일	사회보장번호(SSN)

신청자/책임 당사자 고용주 _____

배우자/파트너 고용주 _____

신청자의 지난 2 개월간의 소득 (합계)

배우자/파트너의 지난 2 개월간의 소득 (합계)

총 합산 소득 _____

소득원은 다음을 포함합니다: 직장 소득, 자영업 소득, 실업수당, 근로보상, 단기 및 장기 장애 수당, 증여소득, 사회보장 수당, 이혼 위자료, 노인연금, 연금, 중개료, 팁, 신탁 계좌, 양도성 예금증서 계좌, 임대소득, 이자소득 및 기타

필수 문서 목록을 체크하세요

신청인과 배우자/파트너 모두에게 해당되는 모든 문서의 사본을 제공해주세요

- 18 세 이상의 모든 피부양인에 대한 지난 연속 2 달 동안의 급여명세서
- 작년(혹은 지난 몇 해 동안에 대한) 세금환급 전체 정보
- 실업 수당 통지서
- 사회보장소득 수당 서신(들)
- 2 달간의 자영업자 소득/지출 내역서 및 사업 은행 계좌 상세 거래 내역서
.National Jewish Health 는 자영업자 소득을 산정할 때 매달 생활비를 검토할 권리를 보유합니다.
- 당좌예금 및 보통예금 은행 상세 거래 내역서
- 모든 가족 구성원의 출생신고서. 미국외 국가의 출생 신고서를 가지고 있는 구성원에 대한 미국 합법적 영주권/시민권 증빙서를 포함하십시오.
- 결혼/이혼 판정 증빙서류
- 지원서 신청날짜를 기준으로 이전 12 개월 동안의 의료비/치과진료비에 대해 지불한 영수증.
- 의료비 지불계획(들)에 대한 동의서/내역서
- 해당될 경우, 메디케이드 승인 거부 서류를 받았다면 이를 제출하셔야 합니다.
- 부동산 가치에 대한 추가 문서.
- 자산/유동 자산원에 대한 문서(예, 단기금융펀드, 양도성 예금증서(CD), 개인형 퇴직연금(IRA), 투자 계좌 등)

- 귀하가 신청을 한다고 해서 귀하가 재정 지원의 자격이 될 것이라고 보장할 수 없습니다.
- 일단 귀하가 신청서를 보내면, 우리는 모든 정보를 확인하고 추가적인 정보를 요청할 수도 있습니다.
- 모든 필요 서류와 함께 귀하의 완성된 신청서를 받은 후 15 일-20 일 안에, 귀하의 재정지원자격 여부에 대해 귀하에게 통지할 것입니다.
- 우리가 신청일로부터 30 일 안에 요청한 서류를 받지 못하면 신청은 자동 거절이 되고 책임 당사자에게 승인 거절 내용을 우편으로 보낼 것입니다.
- 신청자는 최초 의료비 청구서 날짜로부터 최대 240 일까지 불완전한 신청서에 대해 다시 고려해달라고 요청할 수 있습니다. 이때 모든 필수 제출 문서는 가장 최근의 정보를 담아 다시 제출하셔야 합니다.
- 모든 신청자는 병원/의료비 청구서(들)에 대한 비용 정산을 지원받을 수 있는 당사자가 신청 자격이 가능한 모든 주, 연방 또는 지역 지원 프로그램에 신청을 하시는 것이 의무입니다.

신청인 동의:

본인은 본인이 인지하는 범위 내에서 본 신청서의 모든 정보가 사실이며 정확함을 확인합니다. 본인은 본 신청서의 정보에 대해 National Jewish Health(이하 ‘NJH 병원’으로 칭함)가 사실여부를 확인할 수도 있다는 것을 이해하며, 본인은 이 신청서를 처리하기 위한 목적을 위해 신청서의 정보의 정확성을 증명하기 위해 신청자의 신용 보고서 이력을 검토하는 것을 포함하여, NJH 병원이 제 3자에게 연락할 수 있도록 승인합니다. 또한 본인은 만일 본인이 이 신청서에 사실이 아닌 정보를 알면서도 고의적으로 제공했을 경우 NJH 병원의 재정 지원 프로그램의 자격이 되지 않는다는 것과 이미 재정지원 수당을 받은 부분이 있다면 그 결정이 반복 될 수도 있고 본인은 의료비 전체를 지불할 책임이 있음을 이해합니다. 본인은 NJH 병원이 지원해준 금액을 만회할 권리가 있다는 것을 이해합니다. 이는 만일 본인이 NJH 병원의 재정 지원의 자격이 되는 동안 받은 치료에 대해 본인에게 지급가능한 어떤 혜택에 대한 자격이 있는 것으로 밝혀졌을 경우, NJH 병원 또한 해당 청구 절차에 포함되어야 한다는 것을 의미합니다.

신청인 서명

날짜

NATIONAL JEWISH HEALTH 재정 지원 프로그램

최종 요율

내부전용

총자원	\$
가족 규모 공제 (자격이 되는 구성원당 \$2500.00)	\$
보유 자산	\$
총 가족 재정 상태	\$
허용가능한 공제	\$
가족 순재정 상태	\$
총합	\$

병원비 지급 능력 _____

고객 공동 본인 분담금(co-payment) 한도액 _____

효력 발생일 : _____ 효력완료일: _____

본인은 본 신청서에 작성된 요율에 영향을 줄 수도 있는 소득 또는 가정 상황의 변화에 대해 NJH 병원에 통지할 의미가 있고 이를 하지 못했을 경우에는 본 신청서가 무효가 된다는 것을 이해하고 있습니다.

본인은 이 요율에 대해 이의신청 할 수 있는 15 일의 기간이 있다는 것을 이해합니다.

신청자 이름

신청자 서명

날짜

신청 자격 조사관 이름 _____

신청 자격 조사관서명 및 날짜 _____

NATIONAL JEWISH HEALTH 재정 지원 프로그램

Worksheet 1: 근로소득 및 블로소득

(관계자 사용 전용)

소득원	금액
근로소득	\$
노령연금 (OAP)/장애인 수당(AND)	\$
저소득층 생활보장 프로그램 (SSI)	\$
투자금 및 은퇴연금/연금 소득원: _____ 소득원: _____ 소득원: _____ 소득원: _____	\$
중개료, 보너스, 선물 및 팁	\$
이혼수당	\$
순임대소득	\$
금전적 소득	\$
신탁 계좌 자금	\$
합의금	\$
기타소득: (근로자 보상금 급부, 단기/장기 장애수당, 실업수당 등) 소득원: _____ 소득원: _____ 소득원: _____ 소득원: _____	\$
합계	\$
합계 (월소득) \$ _____ x 12 = 연소득	\$

유동성 자원/자산	금액
투자계정: 총가치 (양도성 예금증서(CD), 투자금액, 단기금융펀드, 종신생명보험, 개인형 퇴직연금(IRA) 등)	\$
당좌예금/보통예금	\$
부동산 가치/주식	\$
기타:	\$
합계	\$
합계 (월소득) \$ _____ x 12 = 연소득	\$

_____ 재정 상담가 이름 재정 상담가 서명 날짜

NATIONAL JEWISH HEALTH 재정 지원 프로그램

Worksheet 2: 자영업자 순소득

(관계자 사용 전용)

직업명/사업유형: _____

소득

연간소득

총기업예금	\$
-------	----

비용

월 지급액

기업보험	\$
인건비	\$
보유 물품의 소매/도매 비용	\$
사업 공간 임대	\$
사업관련 부동산 대출 이자	\$
기업세 및 소득세	\$
장비 유지보수	\$
에너지 사용료 전기 \$ _____ 전화/데이터 \$ _____ 난방 \$ _____	\$
장비	\$
공급물품	\$
전문가 서비스	\$
교육, 인허가 및 수수료증 비용	\$
사업관련 출장	\$
기타:	
	총비용: \$
	총순수익 (\$ _____ x 12 = 연간총수익) \$

재정 상담가 이름 _____

재정 상담가 서명 _____

날짜 _____

NATIONAL JEWISH HEALTH 재정 지원 프로그램

Worksheet 3: 허용가능한 공제 (관계자 사용 전용)

공제	월지금액
어린이집/탁아소/유치원	\$
법원에서 지시한 위자료/연금	\$
법원에서 지시한 자녀 양육비	\$
건강 보험료	\$
노인돌봄	\$
지불된 의료비용	
제공 당사자: _____ 지불날짜: _____ 금액: \$ _____	
제공 당사자: _____ 지불날짜: _____ 금액: \$ _____	
제공 당사자: _____ 지불날짜: _____ 금액: \$ _____	
제공 당사자: _____ 지불날짜: _____ 금액: \$ _____	
제공 당사자: _____ 지불날짜: _____ 금액: \$ _____	\$
기록된 월별 지불 계획: (총 미납잔액)	\$
매달 처방전	\$
총액	\$

_____ 재정 상담가 이름

_____ 재정 상담가 서명

_____ 날짜