

지시사항: 아래의 빈 칸 전체를 기입하시기 바랍니다. 어느 항목이 적용대상이 아닐 경우에는 해당사항 없음(N/A)을 써넣으시기 바랍니다. 귀하의 현재 상황에 해당하는 다음 항목들의 사본을 첨부합니다: 1. 연간 누계 소득정보를 반영하는 최근 급여 지불수표 2. 전체 첨부자료 포함한 최근 소득세 신고서 3. 사회보장 수표 또는 자격안내 통지문 또는 직접 입금할 경우의 은행거래내역서 4. 실업수당 통지문 5. 해리스 헬스 시스템(Harris Health System) 골드 카드. 실업상태이거나 수입 및/또는 생활비에 있어서 타인의 피부양인일 경우, 세무신고서에 피부양인으로 오른 경우에는 보증서 및 세무신고서 사본을 첨부하시기 바랍니다. 본 신청서를 작성하면서 문의사항이 있거나 도움이 더 필요하실 경우, 중앙사무소(Centralized Business Office)로 전화 877-493-3228 번을 이용해 월-금 오전 7 시-오후 7 시, 토 오전 8 시-정오까지 연락하시기 바랍니다.

작성된 신청서 및 증빙서류는 환자접근(Patient Access) 팀으로 제출하시거나 (832) 667-5995 번으로 팩스, 그렇지 않으면, 주소 701 S. Fry Road; Katy, TX 77450 휴스턴 감리교 병원, 중앙사무소 재정지원부서 앞(Houston Methodist, Centralized Business Office; Attn: Financial Assistance Unit)으로 우송하시기 바랍니다.

_____ 환자 성명(정자체로 쓰시기 바랍니다) _____ 사회보장번호의 마지막 4 자리 숫자 _____

_____ 배우자/ 부모/후견인 성명(정자체로 쓰시기 바랍니다) _____ 사회보장번호 _____

자택 주소 _____

전화번호 _____ 생년월일 _____ 혼인 여부 _____

신청 서비스(들): _____

계정번호: _____ 서비스 일자: _____

자택에서 거주하는 18 세 미만의 자녀 수: _____ 피부양인 성명

직계 _____

계자녀 _____

비친족 _____

후견인 대상 _____

환자	배우자 /기타
----	---------

- 종업원 _____
- 풀타임 종업원
 - 파트타임 종업원
 - 실업/퇴직/장애인
 - 직장 복귀 불가능
 - 주부

- 고용주 _____
- 풀타임 종업원
 - 파트타임 종업원
 - 실업/퇴직/장애인
 - 직장 복귀 불가능
 - 주부

가족소득 총액* \$ _____ /월 (소득증빙자료를 신청서와 함께 발송하시기 바랍니다)

* 전체 급여, 농가 또는 자영업, 공공부조, 사회보장, 실업/종업원 상해보상, 퇴역, 파업 수당, 이혼수당(위자료), 자녀양육, 퇴역군인 분담금, 연금, 배당금 수입, 이자, 임대 부동산, 및 기타 제반 수입원을 포함합니다.

본인은 상기 정보가 본인이 알고 있는 한도 내에서는 사실이며 정확함을 증명하는 바입니다. 위에서 요구한 정보 일체를 제공하지 못할 경우에는 본 프로그램 하의 구제금융 일체의 실격으로 간주될 수 있음을 이해합니다. 이 외에도, 해당되는 경우, 본인은 정부보조금의 신청, 이와 같은 보조금의 획득을 위한 적절한 조치, 및 본인의 신청 결과를 HM 에 알릴 예정입니다. 본인(저희)은 HM 에 동의서를 제출하여 본인(저희)이 작성한 진술서(들)의 확인을 위해 출처를 불문하고 정보를 입수하는 바입니다.

_____ (환자/신청인의 서명)

_____ (일자)