

뉴욕 장로교 병원(NEWYORK-PRESBYTERIAN/QUEENS)  
환자 재정 서비스  
3 Expressway Plaza Ste 200  
Roslyn Heights, NY 11577-2050

안녕하세요, 님

첨부로 자선 치료 신청서가 동봉되었으니 확인해 주십시오. 귀하는 비용청구 및 수납 기간 동안 언제든지 자선 치료를 신청할 수 있습니다. 신청서를 작성하고 모든 근거 서류를 첨부하여 위에 제시된 주소로 회신해 주십시오.

귀하의 신청서가 불완전한 경우, 저희는 신청서를 처리할 수 없습니다.

본 자료 패키지와 관련하여 추가 지원이 필요하거나 질문이 있으신 경우, (516) 686-4354 또는 (516) 686-4308번으로 전화하여 자선 치료 부서에 문의해 주십시오.

저희가 귀하의 자선 치료 신청서를 처리하는 데 도움이 될 수 있도록 다음 예를 참고하셔서 귀하의 신청서에 포함할 내용을 선택해 주십시오.

- 급여명세서
- 필요한 경우 고용주의 서신
- Form 1040
- 귀하의 소득을 검증할 수 있는 모든 기타 정보

귀하가 21세 미만이고이거나 귀하의 부모/보호자의 피부양자인 경우, 귀하의 부모 또는 보호자가 자선 치료 신청서라는 제목의 적격성 신청서 양식을 작성하고 필요 근거 서류를 제공해야 합니다.

귀하와 연락할 수 있는 전화번호와 아파트 호수 및 문자가 포함된 전체 주소를 제공해야 합니다.

귀하의 상황을 설명하는 메모와 위에 제시된 모든 해당 서류의 사본 또는 귀하가 제출하기로 선택할 수도 있는 기타 증빙 서류는 귀하 또는 귀하의 자녀에 대한 적격성을 결정하는 데 도움이 될 것입니다.

귀하가 학생인 경우, 귀하의 학생 신분을 증명하는 서류를 제출해 주십시오.

환자에게 드리는 공지

병원의 자선 치료 방침에 따라 적격성을 판단하기 위해 필요한 정보 또는 서류를 포함하여 작성된 신청서를 제출하는 경우, 저희가 귀하의 신청서에 대한 결정을 내릴 때까지 모든 병원 비용청구서를 무시하셔도 좋습니다.

근거 서류가 첨부된 신청서는 다음 번호로 팩스를 보낼 수 있습니다. (516) 801-8504

또는 다음 주소에게 우편으로 보낼 수 있습니다.

NewYork-Presbyterian/Queens Patient Financial Services  
3 Expressway Plaza, Suite 200  
Roslyn Heights, NY 11577  
Att: Jerome Fields

뉴욕 장로교 병원(NEWYORK-PRESBYTERIAN/QUEENS)  
자선 치료 신청서

환자 이름 \_\_\_\_\_ 생년월일 \_\_\_\_\_  
성 \_\_\_\_\_ 이름 \_\_\_\_\_ 어머니 성 첫글자 \_\_\_\_\_

주소 \_\_\_\_\_ 번호 및 거리, 아파트 호수 \_\_\_\_\_ 시 \_\_\_\_\_ 주 \_\_\_\_\_ 우편번호 \_\_\_\_\_

전화 번호( ) \_\_\_\_\_ 직업 \_\_\_\_\_ 고용주 \_\_\_\_\_

고용주 주소 \_\_\_\_\_ 고용주 전화 번호 \_\_\_\_\_

소득 - 다음 양식에 자신, 배우자 및 기타 모든 세대 구성원의 합산 소득을 니열하십시오

소득 유형	마지막 3개월 총소득	마지막 12개월 총소득
임금		
지영입 수입		
공공 보조		
사회 보장		
실업 수당/산재 보상		
위자료		
자녀 양육비		
연금		
배당 소득		
자산(은행 계좌, 투자, 대출 등)		
총계		

병원은 귀하가 위에 입력한 소득을 입증하는 서류를 제출할 것을 요청합니다. 서류의 예에는 급여명세서, 해당되는 경우 고용주의 서신, Form 1040 등이 포함될 수 있습니다.

가계 규모 - 귀하의 세대에 살고 있는 가족 구성원

이름	연령	관계

참고 추가 공간이 필요한 경우 다른 용지를 첨부해 주십시오

본 신청서는 비용청구 및 수납 과정에서 언제든지 병원에 제출할 수 있습니다.

작성된 신청서와 근거 서류를 아래 주소의 병원으로 제출이 되면, 병원이 귀하의 신청에 대한 서면 결정을 내릴 때까지 모든 청구서를 무시하셔도 좋습니다.

자선 치료를 위해 본 신청서를 제출하려면, 다음 설명을 읽고 아래에 표시된 곳에 서명하십시오

.....  
본인은 이로써 뉴욕 장로교 병원(NEWYORK-PRESBYTERIAN HOSPITAL)이 본인의 자선 치료 적격성에 대해 서면 결정을 내리도록 요청합니다. 본인은 본인의 연소득과 세대 규모에 관해 제출한 정보가 병원의 검증을 받는다는 것을 이해합니다. 본인이 제출한 정보가 거짓이라고 판명되는 경우, 그런 결정이 자선 치료의 거부로 귀결될 것이고 제공된 서비스에 대한 비용에 대해 책임을 지게 될 수 있다는 점도 본인은 이해합니다. 본인은 위의 정보가 본인이 알고 있는 한 진실이며 정확하다고 확인합니다. 또한, 본인은 이로써 뉴욕 장로교 병원(NEWYORK-PRESBYTERIAN HOSPITAL)이 본 신청서에 해당되는 모든 정보를 검증하도록 허락합니다.

날짜 \_\_\_\_\_ 신청자 서명 \_\_\_\_\_ 계정 번호 \_\_\_\_\_

작성된 신청서를 보낼 곳

NewYork-Presbyterian/Queens Patient Financial Services  
3 Expressway Plaza, Suite 200  
Roslyn Heights, NY 11577  
Att: Jerome Fields  
또는 팩스 (516) 801-8504