

**뉴욕 장로교 병원(NEWYORK-PRESBYTERIAN HOSPITAL)**  
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 나열하십시오

소득 유형	마지막 3개월 총소득	마지막 12개월 총소득
임금		
자영업 수입		
공공 보조		
사회 보장		
실업 수당/산재 보상		
위자료		
재녀 양육비		
연금		
배당 소득		
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 Hospital Patient Financial Services  
 3 Expressway Plaza, Suite 200  
 Roslyn Heights, NY 11577  
 Att: Jerome Fields  
 또는 팩스: (516) 801-8504