

NEWYORK-PRESBYTERIAN HOSPITAL

재정 지원 신청서

환자 이름 _____ 생년월일 _____
 성 이름 중간 이름 이니셜

주소 _____
 번지수 및 거리, 아파트 호수 시 주 우편번호

전화 번호 () _____ 직업 _____ 고용주 _____

고용주 주소 _____ 고용주 전화번호 _____

소득 - 자신, 배우자 및 기타 모든 세대 구성원의 다음 소득원으로부터의 합산 소득을 명시하십시오.

소득 유형	마지막 3 개월 총소득	마지막 12 개월 총소득
임금		
자영업 수입		
공공 보조		
소셜시큐리티		
실업 수당/산재 보상		
위자료		
자녀 양육비		
연금		
배당 소득		
총계		

병원은 귀하가 위에 입력한 소득에 대한 증빙 서류를 제출할 것을 요청합니다. 서류의 예에는 급여명세서, 고용주의 서신(해당되는 경우), 양식 1040 등이 해당될 수 있습니다.

가계 규모 - 귀하의 세대에 살고 있는 가족 구성원

이름	연령	관계

참고: 추가 공간이 필요한 경우 별지를 첨부해 주십시오.

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

작성된 신청서와 증빙 서류를 병원에 아래 주소로 제출하면, 병원에서 귀하의 신청에 대한 서면 결정을 내릴 때까지 모든 청구서를 무시하실 수 있습니다.

이 재정 지원 신청서를 제출하려면 다음 진술문을 읽고 아래 표시된 공간에 서명해 주시기 바랍니다.

본인은 본인의 재정 지원 적격성에 대한 NEWYORK-PRESBYTERIAN HOSPITAL 의 서면 결정서를 요청합니다. 본인은 본인의 연소득과 세대 규모에 관해 제출한 정보가 병원의 검증을 거친다는 점을 이해합니다. 본인이 제출한 정보가 허위로 판명되는 경우, 그런 결정이 재정 지원의 거부로 귀결될 것이고 제공된 서비스에 대한 비용을 책임지게 될 수 있다는 점도 본인은 이해합니다. 본인은 위의 정보가 본인이 알고 있는 한 진실이며 정확하다고 확인합니다. 또한, 본인은 이로써 NEWYORK-PRESBYTERIAN HOSPITAL 이 본 신청서에 해당되는 모든 정보를 검증하도록 허락합니다.

날짜 _____ 신청인 서명 _____ 계정 번호 _____

작성된 신청서 제출지:

NewYork-Presbyterian Hospital Patient Financial Services

100 Jericho Quadrangle, Suite 202
 Jericho, NY 11753

Att: George Plunkett

또는 팩스 번호: (516) 801-8504