

재정 지원 신청서

환자 정보					
환자 이름	SSN 및/또는 생년월일	연락 전화번호			
환자의 배우자	SSN 및/또는 생년월일	기타 책임 있는 당사자 및 사회보장번호			
집주소 — 자가 — 임대	번지	시	주	우편번호	
부양가족을 모두 작성하십시오					
이름	나이	관계	이름	나이	관계
1.			3.		
2.			4.		
재정 및 고용 정보					
모든 가구소득원을 기입하십시오(고용, 장애, 사회복지, 실업 등)					
소득을 받는 사람의 이름		소득원(고용주/직위)		연소득	
총 연간 가계소득				\$	
3,000 달러 이상 자산 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 (아래에 작성하십시오)					금액
총 자산					\$
	채무자	채무금	월 지급금		
식비 \$	1.	\$	\$		
공과금 \$	2.	\$	\$		
임대료/모기지 대출금 \$	3.	\$	\$		
차량할부금 \$	4.	\$	\$		

지방, 주, 연방 보건 및 기타 재정 지원 프로그램 정보

QUEST 또는 Medicaid 를 신청하셨습니다가? 아니오 _____ 예 _____ 적용 날짜 _____

신청 결과 및 거부 사유(해당되는 경우): _____

신청서 처리에 필요한 서류

본인의 신분, 소득 및 자산에 대한 서류 첨부(없을 경우 이전에 제출한 서류):

1. ___ 귀하의 운전 면허, 출생증명서 및/또는 기타 사진 ID 또는 외국인 카드
2. ___ 가장 최근에 받은 두 개의 월급명세서
3. ___ 이번 달의 은행/Credit Union 거래 내역서
4. ___ 이전 두 달의 은행/Credit Union 거래 내역서
5. ___ 부동산, 자동차, 주식 및 채권, 보석류, 생명보험 및 귀중품 감정 또는 소유권 서류; 미납 금액 확인서 제공
6. ___ 임대료 및 지출금 영수증

참조:

- 기혼자인 경우 환자와 배우자는 중단 치료 정책 신청서(**Discounted Care Policy Application**)를 작성해야 하며, 두 사람에게 대한 조회가 필요합니다.
- 신청서는 각 병원에서 접수합니다.
- 작성이 완료된 신청서와 조회서는 다음 주소로 발송해주시오:

**The Queen's Medical Center, Attention Business Services
P.O. Box 861, Honolulu HI 96808-0861**

**The Queen's Medical Center West Oahu
91-2141 Fort Weaver Road, Ewa Beach, HI 96706**

**Molokai General Hospital
280 Home Olu Place, Kaunakakai, HI 96748**

**North Hawaii Community Hospital
67-1125 Mamalahoa Highway, Waimea, HI 96743**

본인은 위 사항이 사실이며 모든 소득/자산 및 지출/채무를 담은 완전한 목록임을 증명합니다. 귀하는 위 내용의 정확성을 입증하는 데 필요한 정보를 입수할 권한이 있습니다. 본인은 고의적으로 정보를 누락할 경우 Queen's Medical Center 가 제공한 중단 치료 프로그램 수혜 자격이 박탈되거나 이미 승인된 중단 치료 비용을 회수하기 위한 법적 소송에 처해질 수 있음을 이해합니다.

환자 서명

날짜

환자 배우자/기타 책임 있는 당사자 서명

날짜