

재정 지원 신청 양식

작성 방법: 달리 명시되지 않는 한 모든 필드를 작성해야 합니다.

의료 기록 번호: _____

환자 정보

성, 이름

생년월일

거리 주소

시, 주, 우편번호

사회보장번호

집 전화 번호

다른 전화번호

보증인 정보

성, 이름

생년월일

소득원

지난 12개월간 연간 가계 소득

사회보장번호

소득이 \$0인 경우 다음 중 하나를 선택하십시오.

- 장애가 있음
- 노숙인
- 친구와 함께 거주

- 친척과 함께 거주
- 은퇴자
- 실업자

가구 구성원 수

집에 거주하는 21세 미만 어린이 수

자동차/보트/RV를 포함해 가구에서 보유하고 있는 차량

체크/저축 계좌 잔액

재정 지원 신청 양식

소유 자산 및 가치

CD/은퇴/투자 계좌 잔액

기타 자산

서명하기 전에 읽어보시기 바랍니다. 나는 내가 제공한 정보가 내가 아는 한 사실이고 정확함을 보증합니다. 나는 독립적으로 또는 병원 직원의 도움을 받아 연방, 주, 지방 정부 및 민간 출처를 통해 이 병원비 지불에 도움이 될 수 있는 모든 지원을 받을 수 있도록 신청할 것입니다. 본인은 병원 서비스 제공자가 요청한 정보를 제공하는 데 협조하지 않을 경우 재정 지원 신청이 거부될 수 있음을 이해합니다. 본인은 이에 따라 메디케이드(Medicaid) 프로그램의 공인 대리인이 본인의 메디케이드 신청 상태와 신청서가 승인되지 않은 경우 그 이유에 관한 모든 정보를 병원 제공자에게 공개할 수 있는 권한을 부여하고 승인합니다. 본인은 **병원 청구서** 지불을 돕기 위해 위의 출처로부터 제공된 **모든 자금**을 병원 제공자에게 **양도**할 것입니다. 본인과 직계 가족, 직권 대리인, 의사, 상담사(성직자 포함) 및 변호사를 대신하여 본인은 병원 서비스 제공자가 본인에게 제공하는 서비스와 관련된 문제에 대해 병원 서비스 제공자와 본인 간에 이루어진 서면 통신 및/또는 구두 논의 내용을 철저히 기밀로 유지하기로 동의합니다. 본인은 본인이 제출한 정보가 신용 보고 기관을 포함하여 병원 제공자의 확인을 거쳐야 하며 필요에 따라 **연방** 및/또는 **주 기관** 및 기타 기관의 검토를 받아야 함을 이해합니다. 본인은 고용주가 병원 서비스 제공자에게 소득 증명서를 공개하도록 **승인**합니다. 본인은 본인이 제공한 정보가 사실이 아닌 것으로 판명될 경우 병원 서비스 제공자가 본인의 재정 상태를 재평가하고 적절한 조치를 취할 것임을 **이해합니다**. 지원 자격을 얻으려면 가구 소득을 확인할 수 있는 증빙 서류가 하나 이상 필요할 수 있습니다. 증빙 서류에는 가장 최근 연도의 세금 신고서, 현재 W-2, 공증된 지원 서신 등이 포함될 수 있지만 이에 국한되지는 않습니다. 증빙 서류가 제공되지 않으면 지원 요청이 거부될 수 있습니다. 미지불 잔액은 추가 징수 조치를 받을 수 있습니다. [플로리다 주 신청인: 플로리다 법령 s.817.50 (1). 누구든지 고의적으로 그리고 사기 의도를 가지고 본 주에 있는 병원으로부터 상품, 제품, 물품 또는 서비스를 얻거나 얻으려는 시도를 하는 경우, 2급 경범죄로 처벌되며, S.775.082 또는 S.775-083에 규정된 대로 처벌될 수 있습니다.]

신청인/보증인 서명

작성 날짜

신청서 제출 방법

우편	AdventHealth, Attn: Financial Assistance, PO Box 935979, Atlanta, GA 31193
이메일	Financialassist@medsrv.co (이메일 주소에서 마침표 뒤 두 글자만)
환자 포털	https://account.adventhealth.com/login or  AdventHealth App
질문?	800-462-0490

