



기밀 재정 지원 신청서

나는 나의 연 소득, 가계 소득 및 자산과 관련하여 제출된 정보가 Spectrum Health 의 검증을 받는다는 사실을 이해합니다. 또한, 나는 제출된 정보가 거짓으로 판명 나는 경우, 본 신청서가 거절당할 수 있으며, 계정의 지불해야 할 잔액은 본인 부담이 된다는 사실을 이해합니다.

본 신청서를 작성하는데 질문이 있거나 도움이 필요한 경우 844-838-3115 로 전화하시거나 financialcounseling@spectrumhealth.org 로 이메일을 보내주세요.

섹션 1: 환자 정보 (정자로 써주세요)							
계정 번호		의료 서비스 일자		사회 보장 번호(Social Security Number)			
이름 (성, 이름, 미들 네임 이니셜)				생년월일			
주소		도시		주		우편번호	
집 전화 ()		휴대폰 ()		기타 전화 ()		국가	
혼인 여부 <input type="checkbox"/> 미혼 <input type="checkbox"/> 기혼 <input type="checkbox"/> 이혼 <input type="checkbox"/> 기타		서류상 미국에 거주하고 있습니까? <input type="checkbox"/> 네 <input type="checkbox"/> 아니요		의료 서비스를 받을 당시 건강 보험 및 기타 다른 보험을 소지하고 있었나요? <input type="checkbox"/> 네 <input type="checkbox"/> 아니요			
연방 세금 신고를 하나요? <input type="checkbox"/> 네 <input type="checkbox"/> 아니요 아니라면 이유는 무엇인가요?		대표 신고자는 누구인가요? <input type="checkbox"/> 본인 <input type="checkbox"/> 배우자 <input type="checkbox"/> 기타: _____		집안에 공공 지원을 받는 사람이 있나요? <input type="checkbox"/> 지원금 <input type="checkbox"/> 음식 <input type="checkbox"/> 기타: _____			
섹션 2: 가정 정보 (가정에 사는 모든 사람을 기록해주세요)							
가정 구성원 이름	생년월일	환자와의 관계	이 사람이 귀하의 연방 세금 신고서에 등록되었나요?	가정 구성원 이름	생년월일	환자와의 관계	이 사람이 귀하의 연방 세금 신고서에 등록되었나요?
1.			<input type="checkbox"/> 네 <input type="checkbox"/> 아니요	4.			<input type="checkbox"/> 네 <input type="checkbox"/> 아니요
2.			<input type="checkbox"/> 네 <input type="checkbox"/> 아니요	5.			<input type="checkbox"/> 네 <input type="checkbox"/> 아니요
3.			<input type="checkbox"/> 네 <input type="checkbox"/> 아니요	6.			<input type="checkbox"/> 네 <input type="checkbox"/> 아니요
추가 용지에 다른 추가 가정 구성원을 기재하여 제출할 수 있습니다.							
섹션 3: 비용 (모든 가정 구성원이 한 달에 지출하는 비용을 기재하세요)				이 섹션은 NHSC 또는 MSLRP 병원의 경우 기재하지 않으셔도 됩니다			
주거 비용		차량 비용		난방비		휴대폰비	
재산세 (연간)		자동차 보험비		전기세		식료품비	
집세/주차장 비용		연료 (차량)		전화		교육비	
주택/임대 보험		보육/자녀 양육비		수도/하수/쓰레기 처리 비용		기타: _____	
건강 보험/비용		생명 보험		유선 방송/위성 방송/인터넷		기타: _____	

섹션 4: 소득 (모든 가정 구성원의 소득을 기재하세요)					
소득원	가정 구성원 중 누가 이 소득을 버나요?	현재 월 총소득 금액	월간 소득원	가정 구성원 중 누가 이 소득을 버나요?	현재 월 총소득 금액
임금			임금		
자영업			자영업		
자녀 양육/이혼 수당			자녀 양육/이혼 수당		
사회 보장 연금			사회 보장 연금		
투자/이자			투자/이자		
연금/배당금			연금/배당금		
팁/수수료			팁/수수료		
임대료			임대료		
부족 소득			부족 소득		
실업 수당			실업 수당		
산재 보상			산재 보상		
기타:			기타:		
섹션 5: 가정 자산 (모든 가정 구성원의 자산을 기재하세요) 이 섹션은 NHSC 또는 MSLRP 병원의 경우 기재하지 않으셔도 됩니다					
자산 출처	가정 구성원 중 누가 이 자산을 소유하나요?	현재 자산 가치	자산 출처	가정 구성원 중 누가 이 자산을 소유하나요?	현재 자산 가치
당좌 예금			재산 (주택) 가치		
당좌 예금 #2			재산 #2 가치		
보통 예금			차량 (주요) 가치		
보통 예금 #2			차량 #2 가치		
CD/ 단기 금융 시장			오토바이/ATV/보트/트레일러		
401k/403B/IRA/퇴직금			생명 보험 (해약 환급금)		
주식/채권/연금			기타:		
HSA/ FSA			기타:		
아래에 서명함으로써 이 신청서에 기재한 모든 사실과 첨부 문서가 사실임을 증명합니다.					
책임 당사자 서명 _____			날짜 _____		
배우자 서명 _____			날짜 _____		

회신 대상: Spectrum Health
 받는 이: Financial Counseling
 100 Michigan
 Grand Rapids, MI 49503

다음 사본 첨부:
 _____ 가장 최신의 세금 신고서
 _____ 3개월간의 전체 은행 명세서
 _____ 3개월간의 소득 증명 (급여 명세서 및 기타)

_____ 현재 모든 투자 명세서
 _____ 적용되는 경우, Medicaid 승인/거절 여부
 _____ 소득이 없는 경우 재정 지원을 하는 당사자의 서신 첨부