

재정 지원 프로그램

인구통계 정보

환자 이름: _____ 생일: _____

책임 당사자: _____

주소: _____

전화 번호: _____ 사회 보장 번호: _____

고용주: _____ 직업: _____

ONEIDA HEALTH 를 통한 예상 서비스 및/또는 절차:

가구/소득 정보

*** 소득 증빙 서류가 접수될 때까지 신청서가 처리되지 않는다는 점에 유의하십시오. 모든 할인은 총소득으로 계산됩니다(공제 및/또는 세금 전).***

소득 증빙 자료: 2개월치 급여 명세서, 사회 보장을 위한 혜택 명세서, 형벌 결정서, 실업, 장애, 세금 환급.

가계 소득 나열	지난 달 총계			
	인내심 있는	중요한 기타	부모/보호자(해당되는 경우)	총
일에 대한 임금				
사회 보장				
연금				
실업/장애				
기타 모든 소득				

모든 가구 구성원을 나열하고 모든 부양 자녀를 포함하십시오

이름	관계

본인은 위 정보가 내가 아는 한 사실이고 정확함을 확인합니다. 또한, 본인은 병원비를 지불할 수 있는 모든 지원(MEDICAID, MEDICARE, 보험 등)을 신청할 것이며, 지원을 받기 위해 필요한 모든 조치를 합리적으로 취할 것입니다. 병원 비용에 대해 회수된 금액. 내가 제공한 정보가 사실이 아닌 것으로 판명되면 병원에서 나의 재정 상태를 재평가하고 적절한 조치를 취할 수 있음을 이해하십시오.

날짜 _____ 서명: _____ 관계: _____