



병위 재직 지원 프로그램 신청서  
 P.O. Box 670747, 매리에타, 조지아 30066  
 전화번호: 470-245-9998

환자 정보 미국 시민권자  예  아

어카운트 넘버: \_\_\_\_\_ 직원 성명: \_\_\_\_\_

이름: \_\_\_\_\_ 소셜 시큐리티#: \_\_\_\_\_ 생년월일: \_\_\_\_\_

보호자 및 배우자 정보 
 기혼  이혼  별거  사별  미혼

보호자 성명: \_\_\_\_\_ 소셜 시큐리티#: \_\_\_\_\_ 환자와의 관계: \_\_\_\_\_

생년월일: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_      자택 주소: \_\_\_\_\_

전화번호: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_      기타 연락처: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

고용주 1: \_\_\_\_\_ 주소: \_\_\_\_\_

직장 전화번호: \_\_\_\_\_ 직책: \_\_\_\_\_ 시간당 수당: \_\_\_\_\_ 연간 혹은  
정규직, 파트타임, 또는 실직자  
(한 개에 동그라미)

고용주 2: \_\_\_\_\_ 주소: \_\_\_\_\_

직장 전화번호: \_\_\_\_\_ 직책: \_\_\_\_\_ 시간당 수당: \_\_\_\_\_ 연간 혹은  
정규직, 파트타임, 또는 실직자  
(한 개에 동그라미)

배우자 성명: \_\_\_\_\_ 소셜 시큐리티#: \_\_\_\_\_ 생년월일: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_      고용인 1:

주소: \_\_\_\_\_

직장 전화번호: \_\_\_\_\_ 연간 혹은  
정규직, 파트타임, 또는 실직자  
직책: \_\_\_\_\_ 시간당 수당: \_\_\_\_\_  
(한 개에 동그라미)

고용주 2: \_\_\_\_\_ 주소: \_\_\_\_\_

전화번호: \_\_\_\_\_ 직책: \_\_\_\_\_ 연간 혹은  
정규직, 파트타임, 또는 실직자  
시간당 수당: \_\_\_\_\_  
(한 개에 동그라미)

**법적 부양자 (연방 세금 서류에 기재되는 부양자만 기재.)**

성명 (이름, 중간이름, 성)	생년월일 (월/일/연도)	관계	
	/ /		메디케이드(Medicaid)에 지원한 적이 있습니까? 예 _____ 아니오 _____  Cobra 신청 자격에 부합합니까? 예 _____ 아니오 _____
	/ /		
	/ /		
	/ /		
	/ /		

**자산 및 기타 소득원**

체크 계좌 잔고: \$ \_\_\_\_\_ 은행명: \_\_\_\_\_      세이빙 계좌 잔고: \$ \_\_\_\_\_ 은행명: \_\_\_\_\_

머니 마켓 잔고: \$ \_\_\_\_\_ 은행명: \_\_\_\_\_      소셜 시큐리티: \$ \_\_\_\_\_ 월별 연금: \$ \_\_\_\_\_

위자료: \$ \_\_\_\_\_ 양육비: \$ \_\_\_\_\_ 양도성예금증서(CD): \_\_\_\_\_

기타 자산. 예: 주식, 채권 등 \_\_\_\_\_ 종류: \_\_\_\_\_

학자금 대출 환불(Student Loan Refunds)을 받고 있습니까? 예 혹은 아니오 (한 개에 동그라미) 학자금 대출 환불 금액: \$ \_\_\_\_\_

지난 3년간 파산 신청을 한 적이 있습니까? 예 혹은 아니오 (한 개에 동그라미) 만약 그렇다면, 날짜를 쓰세요: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

임대 자산을 소유하고 계십니까? 예 혹은 아니오 (한 개에 동그라미) 만약 그렇다면, 월별 소득액이 얼마입니까? \$ \_\_\_\_\_

재산의 가치: \$ \_\_\_\_\_

Wellstar 건강 시스템(Wellstar)은 Wellstar 병원에서 필요한 치료를 받고자 하나 치료 비용을 지불할 능력이 부족하거나 혹은 없는 환자들을 대상으로 한 재정을 지원하기 위해 헌신하고 있습니다. Wellstar 는 재정 지원 프로그램에 따라 지불 능력 및 자격에 관계없이 모든 개인에게 응급 치료를 제공할 것입니다.

Wellstar 병원의 재정 지원에 대한 자격을 얻기 위해서는, 정부 혹은 개인 단체로부터 재정 지원이 가능한지 확인 및 심사하기 위하여 반드시 Wellstar 와 협력해야 합니다. 재정 지원의 자격을 얻기 위해서는, 다음의 과정이 필요합니다.

지원서 정보:

재정 지원을 위해 지원서를 정직하고 정확하게 완성하신 후, 서명하여 제출하세요. 또한

모든 재정 지원 지원 서류는 가계 소득(Household Income)과 가계 자산(Household Assets)에 대한 증빙 서류로 다음 중 해당되는 서류를 함께 제출하여야 합니다.

가장 “최근” 재정 상태에 기반하여 다음의 서류를 제출하세요:

- 가장 최근 (3) 개월분의 급여 명세서 혹은 총 임금을 확인하는 고용주의 진술서와 “그리고” 세대의 가장 최근 (2) 개월 분량의 체크 계좌, 세이빙 계좌, 머니마켓, 혹은 기타 은행 또는 투자 계좌 증빙
- 가장 최근의 IRS 서류 1040 “그리고” 지난 해에 발행되었으며 IRS 서류 1040 에 해당하는 IRS W-2/1099 (해당자에 한하여) 추가 서류 (해당자에 한함):
  - 가장 최근 (2) 달 간의 모든 소득 진술서(예: 실업급여, 장애, 퇴직, 학자금 대출, 소셜 시큐리티 사무소의 지원 서신, 자영업 지원자의 최근 손익계산서, 위자료에 대한 법원 명령서, 양육비에 대한 법원 명령서, 혹은 복지 카드 사용 내역서(TANF) 등)
  - 만일 3 달 이내의 실업자일 경우--이전 고용주의 별도 통지
  - 만일 3 달 이상의 실업자일 경우--급여 조회(노동부)
  - 실업급여 거절 서신
  - 자산의 가치를 증빙할 재산세 내역서, 계좌 잔액 증명서 및 기타 투자 내역서 혹은 기타 문서
  - 환자의 소득 혹은 현금 지원에 기여하는 개인의 기여 내역서

문서의 축소 및 교체는 금지합니다.

지원서의 처리를 위하여 이 정보는 30 일 이내에 접수되어야 합니다. Wellstar 의 재정 지원 프로그램에 따른 재정 지원 심사에 적합한 환자는 퇴원 후 받은 첫 번째 청구서 날짜로부터 240 일 이내에 지원서를 작성하여 제출해야 합니다. 규정을 준수하지 않을 경우, Wellstar 는 재정 지원을 위한 환자의 지원서를 처리하지 않을 권리를 가집니다. 이 지원서에 관하여 도움이 필요하시거나 궁금한 점이 있으시다면 Wellstar 에 연락하세요.

SBO FAP Department, P.O. BOX 670747, Marietta, GA 30066, 팩스 번호: 770-792-1737 혹은 전화번호: 470-245-9998.

기타 의견: \_\_\_\_\_

본인은 Wellstar 가 본인의 Wellstar 재정 지원 프로그램의 신청 자격을 결정할 것을 요청합니다. 본인은 본인의 연 소득과 가족 규모에 관하여 제출한 정보가 확인되어야 함을 이해합니다. 본인은 또한 본인이 제출한 정보가 허위로 밝혀질 시 재정 프로그램의 자격이 박탈됨을 이해합니다. 또한, Wellstar 계정에서 발생하는 비용 지불에 사용 될 수 있는 기타 지원(예: 메이크이드, 메디케어, 주 지원(암

관련), 직업 재활, 보험 등)에 관련한 신청 및 심사 과정을 따르는 데 동의합니다. 본인은 이러한 지원을 받기 위해 필요하다고 여겨지는 모든 조치에 전적으로 협조하며 Wellstar의 청구액에 대해 회수된 금액을 Wellstar에게 할당 혹은 지불합니다. 본인은 재정 지원 프로그램 조정 후 남은 잔액을 지불함에 동의합니다. 이를 지키지 않을 시, 재정 지원 할인이 취소될 수 있습니다. 완성된 재정 지원 프로그램 지원서는 보증인에게도 적용됩니다.

본인은 본인이 아는 한에서 상기 정보가 사실이며 정확함을 확인합니다.

---