

신분증, 거주증명서, 가장 최근 연방 세금보고서, 소득증명서, 자산증빙을 이 신청서와 함께 동봉하십시오.
모든 요청된 서류는 반납이 불가하오니, 원본이 아닌 사본으로 보내주시기 바랍니다.
도움 및 지원이 필요하거나 질문이 있는 경우, 환자 재정 서비스(908-281-1522)로 문의하시기 바랍니다

I. 개인 정보

병원계정번호

환자 성명 (성, 이름, 중간 이니셜) _____ (주소 번호 및 도로명) _____ (도시, 주, 우편번호) _____ 자택 전화번호 _____ 직장 전화번호 _____	혼인 여부 _____ 자가 _____ 임차 기간 _____ _____ (자치주) _____	사회보장번호 _____ _____ _____ 전화번호 _____ 전화번호 _____
신청서 작성자 _____ 보증인(환자가 아닌 경우) _____	환자와의 관계 _____ 환자와의 관계 _____	전화번호 _____ 전화번호 _____

II. 보험 정보

보험사 이름 _____ 무보험인 경우 - Marketplace를 통해 의료보험을 신청하셨습니까? Marketplace 를 통한 의료보험 신청이 면제입니까 _____ 지난 6개월간 Medical Assistance(의료 지원)를 신청하셨습니까? ‘예’인 경우, 거부 통지서 사본과 적격성 증명을 동봉해 주십시오. _____ ‘아니요’인 경우, 혜택 신청 방법에 대해 지역 사회복지부(Board of Social Services office)에 문의하십시오.	가입자 성명 _____ 예 _____ 아니요 _____ 예 _____ 아니요 _____ 예 _____ 아니요 _____ 예 _____ 아니요 _____	환자와의 관계 _____ _____ _____ _____
--	---	---

III. 가족 정보(모든 가족구성원을 기재하십시오)

구성원 수 _____

환자를 포함한 가족구성원 이름	환자와의 관계	직업
	환자	

가족구성원 이름	환자와의 관계	직업

IV. 가계 수입원 및 자산 출처(혈족 혹은 결혼, 입양 포함)

가계 수입:

(월(M) 혹은 연간(Y) 수입 여부 기재할 것)		환자	그 외 가족구성원
공제 전 월급/급료	M A	\$	\$
자영업(독립 출처로 입증)	M A	\$	\$
사회보장연금	M A	\$	\$
이혼수당/자녀양육비	M A	\$	\$
그밖에 금전적 지원	M A	\$	\$
실업 및 근로자보상	M A	\$	\$
퇴역군인 복리후생	M A	\$	\$
연금지급	M A	\$	\$
보험 및 연금지급	M A	\$	\$
배당금/이자	M A	\$	\$
수취임대료	M A	\$	\$

총액

V. 신청인 확인

본인은 가족구성원, 소득, 자산에 대한 상기 내용이 모두 사실이며 정확함을 확인합니다.

본인은 고의적으로 허위진술한 정보를 제출할 경우 모든 병원비에 대해 법적 책임이 있는 것을 인정합니다.

본인은 소득 및 자산 상태에 대한 변경사항을 병원에 알릴 책임이 있음을 인정합니다.

환자 서명

날짜

양식 번호 991 (2019년 1월)

가계 자산:

그 외 자산		환자	그 외 가족구성원
예금액		\$	\$
당좌		\$	\$
예금증서 (CD)		\$	\$
정기예금계좌		\$	\$
저축채권		\$	\$
주식		\$	\$
채권		\$	\$
개인퇴직예금		\$	\$
401(K)		\$	\$
403(b)s		\$	\$
기타		\$	\$

총액

기입자 성명 /환자와의 관계)

날짜