#111 첨부 부록 C - 신청서

재정 지원
신청서

진료 기록 _____ **전화** _____

환자 _____ **고용주** _____

도로명 _____

시/도, 시/군/구, 우편번호 _____

총 가계 소득을 적어 주십시오.

	지난 12개월	지난 3개월
총소득		
기타 가계 소득		
총 가계 소득		
자산-저축/IRA/CD		
부동산/단기 금융/주식		

부양 가족: (가정에서 함께 살고 있는 총 인원)

	이름	나이	관계
1			
2			
3			
4			
5			

본인은 알고 있는 한도 내에서 위의 정보가 완전하고 정확함을 증명합니다. 또한 병원 청구액을 지불하기 위해 이용할 수 있는 지원(메디케이드, 메디케어, 보험 등)을 신청하는 데 필요하다고 판단될 경우 세인트 루크에 협력하겠습니다.

본인은 병원에서 정한 확립된 기준에 따라 재정 지원 프로그램에서 보상되지 않는 서비스에 대한 자격을 병원이 결정할 수 있도록 이 신청서를 작성해야 함을 이해했습니다. 본인이 제공한 정보가 불완전한 것으로 판명될 경우 병원이 본인의 재정 상태를 다시 평가해 적절한 조치를 취할 수 있음을 이해했습니다.

본인의 은행, 대출 기관, 보험사, 고용주 또는 서명인의 채권자에게 서명인과 관련이 있거나 서명인이 관여된 모든 재정 문제와 관련해서 세인트 루크 병원이 요청한 정보를 공개할 수 있는 권한을 부여합니다.

_____ _____

날짜 **신청인의 서명**

본인이 세인트 루크 병원에서 받은 서비스와 관련해서 의사가 청구한 금액이 이 프로그램에서 보장되지 않음을 이해했습니다.