



1225 Wilshire Blvd.
Los Angeles, CA 90017

P: 213.977.2121
TDD: 213.977.2580

재정 지원/
비보상 서비스 요청

ACT:

MR:

생년월일:

RM:

ADM:

작성한 신청서는 우편으로 다음 주소로 제출하시기
바랍니다:

PIH Health Good Samaritan Hospital
Attn: Patient Financial Services - FAP Unit
1225 Wilshire Boulevard, Los Angeles, Ca 90017-2395

본인은 PIH Health에 병원비 지불에 대한 도움을 받을 자격이 있는지 확인하도록 요청합니다. 본인은 이를 수행하기 위해 특정 정보를 제공해야 함을 이해합니다. 본인은 이 양식을 작성한다고 해서 이 도움을 받을 수 있다는 보장이 없음을 이해합니다. 보상되지 않는 서비스를 받을 자격이 없는 경우, 병원비에 대한 책임은 본인에게 있습니다.

성명 _____ 계정 번호 _____

주소 _____ 전화번호 _____

호수, 동, 시 주 우편번호
번지 호

고용주 이름: _____ 고용주 전화번호 # _____

고용주 주소: _____

생년월일 _____ 성별 코드__ 1=남성 2=여성 동거 가족 수__

| 이름 | 관계 | 연령 | 성별 | 이름 | 관계 | 연령 | 성별 |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |

의사 성명 _____ 진단명 _____

수표와 은행 명세서의 사본을 제공하고 소득을 기재하십시오.

| 소득 | 월 | 연간 | | 월 | 연간 |
|------------------|-------|-------|------------------|-------|-------|
| 임금(본인) | _____ | _____ | 실업 수당 | _____ | _____ |
| (배우자) | _____ | _____ | 파업 혜택 | _____ | _____ |
| (기타 가족 구성원) | _____ | _____ | 위자료/자녀 지원 | _____ | _____ |
| 농장 또는 자영업 | _____ | _____ | 군인 가족 할당 | _____ | _____ |
| 공적 부조 | _____ | _____ | 연금 | _____ | _____ |
| 사회 보장 | _____ | _____ | 소득(배당금, 이자, 임대료) | _____ | _____ |

비용(월)

모기지/월세 _____ (1) 의료 보험 _____

공과금 _____ 자동차 보험 _____

| | | | |
|------------------|-------|-------------|-------|
| 전화 | _____ | 의료비 | _____ |
| 식료품 | _____ | 병원 | _____ |
| 금융/기타 대출 | _____ | 내과 의사 | _____ |
| 자동차 대출 | _____ | 약물 | _____ |
| (1) 없는 경우 주택 공급원 | _____ | 총 비용 | _____ |

| | | | |
|--------------------|---|---------------------|------------------|
| 귀하는 집을 소유하고 있습니까? | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니 오 _____ | 예라고 답변하신 경우. 추정 가치 | 지불해야 하는 금액 |
| 다른 재산을 소유하고 있습니까? | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니 오 _____ | 예라고 답변하신 경우. 추정 가치 | |
| 당신은 차량을 소유하고 있습니까? | <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니 오 _____ | 예라고 답변하신 경우. 모델/제조사 | 연식 ____ 가치 _____ |

- 본인은 위증 시 처벌을 받는다는 조건 하에 본인이 제공한 답변이 본인이 아는 한 사실이며 정확함을 선언합니다.
- 본인(또는 본인의 대리인)의 소득, 재산, 지출 또는 가구 구성원 또는 주소 변경에 변경 사항이 있는 경우 10일 이내에 서비스 제공자에게 알리는 데 동의합니다.
- 본인은 본인의 진술을 증명하라는 요청을 받을 수 있으며 본인의 자격 진술은 고용주와의 연락, 은행, 신용 확인 및 재산 조사를 통해 확인될 수 있음을 이해합니다.
- 또한 본인은 사고나 부상의 결과로 의료 서비스를 받는 것을 고려하여 해당 행위로 인한 소송이나 합의금을 카운티나 병원에 상환하는 데 동의합니다.
- 본인은 비보상 서비스에 대한 자격이 없는 경우 PIH Health에서 제공한 서비스 비용에 대해 개인적으로 책임을 지거나 추가 문서와 함께 서면으로 결정에 이의를 제기할 수 있음을 이해합니다.

| | | | |
|-------------------------|----|----|----------------------------|
| 서명 | 날짜 | 시간 | 성명 정자체로 기입 |
| 영구 의료 기록의 일부가 아님 | | | Business Office로 회신 |