



GRACIE SQUARE HOSPITAL

재정 지원 신청서

환자 이름 _____ 생년월일 _____

성 이름 중간 이름 첫 글자

주소 _____

번호 및 거리, 아파트 호수 시 주 우편번호

전화번호 () _____ 직업 _____ 고용주 _____

고용주 주소 _____ 고용주 전화번호 _____

소득 - 자신, 배우자 및 다른 모든 가족 구성원의 총 소득을 기재해 주십시오.

소득 유형	최근 지난 3 개월 총소득	최근 지난 12 개월 총소득
임금		
자영업 수입		
공공 보조		
사회 보장 연금		
실업 수당/산재 보상		
위자료		
자녀 양육비		
연금		
배당 소득		
총계		

병원은 귀하가 위에 입력한 소득에 대한 증빙 서류를 제출할 것을 요청합니다. 서류의 예로는 급여 명세서, 고용주의 서신(해당되는 경우), 양식 1040 등이 해당될 수 있습니다.

세대 규모 - 귀하와 함께 거주하는 가족 구성원:

이름	연령	관계

참고: 추가 공간이 필요한 경우 별지를 첨부해 주십시오.

본 신청서는 비용 청구 및 추심 과정에서 언제든지 병원에 제출할 수 있습니다.

작성된 신청서와 증빙 서류를 병원에 아래 주소로 제출하면, 병원에서 귀하의 신청에 대한 서면 결정을 내릴 때까지 모든 청구서를 무시하실 수 있습니다.

이 재정 지원 신청서를 제출하려면 다음 진술문을 읽고 아래 표시된 공간에 서명해 주시기 바랍니다.

본인은 본인의 재정 지원 적격성에 대한 GRACIE SQUARE HOSPITAL 의 서면 결정서를 요청합니다. 본인은 본인의 연 소득과 세대 규모에 관해 제출한 정보가 병원의 검증을 거친다는 점을 이해합니다. 본인이 제출한 정보가 허위로 판명되는 경우, 그런 결정이 재정 지원의 거부로 귀결될 것이고 제공된 서비스에 대한 비용을 책임지게 될 수 있다는 점도 본인은 이해합니다. 본인은 위의 정보가 본인이 알고 있는 한 진실이며 정확하다고 확인합니다. 또한, 본인은 이로써 GRACIE SQUARE HOSPITAL 이 본 신청서에 해당되는 모든 정보를 검증하도록 허락합니다.

날짜 _____ 신청인 서명 _____ 고객 번호 _____

작성된 신청서 제출지:

Gracie Square Hospital Patient Financial Services
100 Jericho Quadrangle, Suite 202
Jericho, NY 11753
Att: George Plunkett
또는 팩스 번호: (516) 801-8504