

재정 지원 신청서

본인은 본인의 연간 소득, 가족 규모 및 자산에 관하여 제출된 정보가 Pine Rest Christian Mental Health Services 의 검증 대상임을 알고 있습니다. 또한 제출된 정보가 허위로 판단되면 본 신청서가 거부되고, 미지불금에 대한 책임이 본인에게 있음을 알고 있습니다.

섹션 1: 환자 정보(활자체로 기입)							
계정 번호		서비스 날짜		사회보장번호			
환자 성명(성, 이름, 중간 이름)				생년월일			
주소			도시		주		우편번호
집 전화 ()	휴대폰 ()		기타 전화 ()			카운티	
결혼 상태 독신 기혼 이혼 기타 _____		귀하는 미국의 법적 거주자이십니까? 예 아니요		귀하는 서비스를 받을 때 건강보험 또는 기타 보험혜택을 받았습니까? 예 아니요			
연방 세금 신고서를 제출합니까? 예 아니요 '아니요'인 경우, 그 이유는 무엇입니까? _____		세금 신고서 1 차 제출자는 누구입니까? 본인 배우자 기타: _____		가구 내에 공적 부조를 받는 사람이 있습니까? 현금 음식 기타: _____			
섹션 2: 보증인/책임 당사자 정보							
보증인/책임 당사자: 성명(성, 이름, 중간 이름)				생년월일		사회보장번호	
주소			도시		주		우편번호
휴대폰 ()	기타 전화 ()		카운티		환자와의 관계		
섹션 3: 가구 정보(귀하와 함께 거주하는 모든 사람을 기재하십시오)							
가구 구성원 성명	생년월일	환자와의 관계	이 사람이 귀하의 연방 세금보고서에 등록되어 있습니까?	가구 구성원 성명	생년월일	환자와의 관계	이 사람이 귀하의 연방 세금보고서에 등록되어 있습니까?
1.			예 아니요	4.			예 아니요
2.			예 아니요	5.			예 아니요
3.			예 아니요	6.			예 아니요
가구 구성원이 추가되면 추가 서류를 제출할 수 있습니다.							

섹션 4: 경비(모든 가족 구성원의 월별 경비를 기재하십시오)			
주택 지출	자동차 지출	난방	휴대폰
재산세(년)	자동차 보험	전기	식료품
임대료/부지 임대료	연료(차량)	전화	수업료
주택/임대 보험	육아/아동 지원	수도/하수도/쓰레기 처리	기타: _
건강 보험/비용	생명보험	케이블/위성안테나/인터넷	기타: _

섹션 5: 소득(모든 가구원의 소득을 기재하십시오)					
월 소득 출처	이 소득을 받는 가구원은 누구입니까?	현재 월 총소득 금액	월 소득 출처	이 소득을 받는 가구원은 누구입니까?	현재 월 총소득 금액
임금			임금		
자영업			자영업		
아동 지원/이혼 수당			아동 지원/이혼 수당		
사회 보장			사회 보장		
투자			투자		
연금/배당금			연금/배당금		
봉사료(Tip)/커미션			봉사료(Tip)/커미션		
이자			이자		
임대 소득			임대 소득		
부족 소득			부족 소득		
실업 급여			실업 급여		
산재보상금			산재보상금		
기타: _____			기타: _____		

섹션 6: 가구 자산(모든 가구원의 자산을 기재하십시오)					
자산 출처	이 자산을 소유하는 가구원은 누구입니까?	현재 자산 가치	자산 출처	이 자산을 소유하는 가구원은 누구입니까?	현재 자산 가치
당좌 예금			부동산(주택) 가액		
당좌 예금 #2			부동산 #2 가액		
저축 예금			차량(주) 가액		

저축 예금 #2			차량 #2 가액		
양도성예금증서/단기금융시장 펀드			오토바이/ATV/보트/트레일러		
401k/403B/IRA/퇴직급여			생명보험(해약 환불금)		
주식/채권/연금			기타: _____		
HSA/FSA			기타: _____		

섹션 7: 보험 보장

1 차 보장	가입자 ID 번호	그룹 번호	가입자 성명	환자와의 관계
보험 혜택(Pine Rest 직원 기재사항)				
2 차 보장	가입자 ID 번호	그룹 번호	가입자 성명	환자와의 관계
보험 혜택(Pine Rest 직원 기재사항)				

섹션 8: 요청 사유(활자체로 기입)

환자의 요청 사유(추가 공간이 필요한 경우 서류를 추가로 제출 가능)

아래에 서명함으로써 본인은 본 신청서와 모든 첨부 자료에 진술한 모든 내용이 사실임을 증명합니다.

책임 당사자 서명: _____ 날짜: _____
 질문이 있다면 다음으로 전화하십시오. () _____ 의 _____

재정 지원(FAP) 501R 요청 담당 Pine Rest 직원 기재 사항

검토 직원 서명: _____ 날짜: _____
 부서 이사 서명: _____ 날짜: _____

승인 상태: 승인됨 거부됨	승인된 경우, 지급 금액/백분율:	거부된 경우, 거부 사유:
발효일:	만료/갱신 필요 날짜:	

환자 지원 펀드(PAF) 요청 담당 Pine Rest 직원 기재 사항

검토 직원 서명: _____

날짜: _____

부서 이사 서명: _____

날짜: _____

승인 상태: 승인됨 거부됨	승인된 경우, 전체 지급 상세 정보는 아래를 참조하십시오. 지급 주의사항:	거부된 경우, 거부 사유:
현재 입원		
차후 입원:		
PPG 예약:		
ECT/TMS 치료:		
PCC 예약:		
디톡스 입원:		
거주 구역:		
발효일:		만료/갱신 필요 날짜: