

귀하의 명세서에 기재된 계정 번호를 기재하십시오.		의료 기록 번호(MRN):	
<b>환자정보</b>			
환자의 이름(성, 이름, 중간 이름 이니셜)		사회 보장 번호	생년월일(월/일/년)
환자의 거주지 주소(도로, 시, 주, 우편번호)			카운티
환자의 전화번호	결혼 상태 <input type="checkbox"/> 별거 <input type="checkbox"/> 이혼 <input type="checkbox"/> 기혼 <input type="checkbox"/> 미혼 <input type="checkbox"/> 사별	배우자의 이름	
<b>고용 상태 **미성년자 환자가 신청할 시 가구 총소득이 필요합니다**</b>			
<b>환자 또는 책임 당사자 고용 상태</b> <i>환자가 미성년자인 경우: 어머니, 보호자 또는 의붓부모</i>		<b>배우자 또는 기타 책임 당사자 고용 상태</b> <i>환자가 미성년자인 경우: 아버지 보호자 또는 의붓부모</i>	
<b>고용 상태</b> <input type="checkbox"/> 정규직 <input type="checkbox"/> 시간제 <input type="checkbox"/> 실업자 - 이전 고용주의 이름과 전화번호를 기재해 주십시오.		<b>고용 상태</b> <input type="checkbox"/> 정규직 <input type="checkbox"/> 시간제 <input type="checkbox"/> 실업자 - 이전 고용주의 이름과 전화번호를 기재해 주십시오.	
<b>고용주</b>		<b>고용주</b>	
<b>고용주 전화번호</b>		<b>고용주 전화번호</b>	
<b>근무한 시간 (주당)</b>	<b>빈도</b> <input type="checkbox"/> 시간당 <input type="checkbox"/> 주별 <input type="checkbox"/> 격주 <input type="checkbox"/> 월별 <input type="checkbox"/> 매년	<b>근무한 시간 (주당)</b>	<b>빈도</b> <input type="checkbox"/> 시간당 <input type="checkbox"/> 주별 <input type="checkbox"/> 격주 <input type="checkbox"/> 월별 <input type="checkbox"/> 매년
<b>빈도</b>	<input type="checkbox"/> 시간당 <input type="checkbox"/> 주별 <input type="checkbox"/> 격주 <input type="checkbox"/> 월별 <input type="checkbox"/> 매년	<b>빈도</b>	<input type="checkbox"/> 시간당 <input type="checkbox"/> 주별 <input type="checkbox"/> 격주 <input type="checkbox"/> 월별 <input type="checkbox"/> 매년
<b>근로 소득</b>	\$	<b>근로 소득</b>	\$
<b>추가 소득</b>	\$	<b>추가 소득</b>	\$
<b>환자의 총 가구 소득: \$ _____ (위에 나열된 모든 소득의 총액)</b>			
<b>소득 증빙서류: 모든 가구 소득원에 대한 증빙서류(원본 문서가 아닌 사본만 제출)를 제공하십시오.</b> <input type="checkbox"/> 급여 지급서 <input type="checkbox"/> 고용주 확인서 <input type="checkbox"/> 신용 조회(BSWH 작성) <input type="checkbox"/> IRS 양식 W-2 <input type="checkbox"/> 세금 신고서 <input type="checkbox"/> 정부 지원금(푸드 스탬프, CDIC, Medicaid, TANF)		<input type="checkbox"/> 은행 거래 명세서 <input type="checkbox"/> 사회 보장, 근로자 수당 또는 실업 수당 증명서 <input type="checkbox"/> 기타: _____ 위에 나열된 소득원 증빙서류 중 하나를 제공할 수 없는 경우, 이러한 정보를 이용할 수 없는 사유를 설명하십시오.	
<b>가족 구성원:</b> 환자의 가구에 포함된 총인원수를 기재하십시오. 이 숫자에는 환자, 환자의 배우자 및 환자의 부양가족만 포함해야 합니다.			
<input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>			
<b>자산 및 기타 자원</b>			
귀하가 이용할 수 있는 자산이나 기타 자원이 있습니까? (이러한 예로는 저축 예금, 신탁, 주식, 채권, 퇴직 계좌, 뮤추얼펀드 등이 있습니다) <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 예라고 답한 경우, 현재 이용 가능한 금액: \$ _____		의료 보험에 가입하셨습니다가? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 예라고 답한 경우 보험 이름을 기재해 주십시오.	
		건강 저축 계좌나 유동성 지출 계좌가 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 예라고 답한 경우, 현재 이용 가능한 금액: \$ _____	
본인은 Baylor Scott & White Health(이하 "BSWH")가 본 신청서에 대한 BSWH의 평가와 관련하여 본 재정 지원 신청서(이하 "신청서")에 포함된 재무 정보를 확인할 수 있음을 이해하며, 본인이 서명함에 따라 본인의 고용주 또는 본 문서에 기재된 개인은 누구나 본 신청서에 제공된 정보와 관련하여 추가 세부 사항을 확인하거나 제공하도록 허가합니다. 또한 본인은 BSWH가 신용보고 기관 및 사회 보장국으로부터 보고서를 요청하도록 허가합니다. 본인은 본 신청서에 기재된 진술이 본인이 알고 믿는 한 사실이고 정확하며, 성실하게 작성되었음을 증명합니다. 본인은 본 신청서에 기재된 정보를 위조하거나 잘못 기재할 경우 재정 지원이 거부될 수 있음을 알고 있습니다. 또한 본인은 일부 의사와 의료 서비스 제공자는 BSWH 직원이 아닐 수도 있음을 이해합니다. 본인은 본인이 해당 의료 서비스 제공자로부터 별도의 청구서를 수령할 수 있고, 본 재정 지원 신청서는 해당 잔액에 적용되지 않는다는 것을 이해합니다.			
환자 또는 책임 당사자의 서명		이름(정자체)	날짜
<b>FOR HOSPITAL USE ONLY</b>			
<input type="checkbox"/> Application information obtained by BSWH Employee in person or over the phone, no patient signature required.		<input type="checkbox"/> Patient is part of community care programs	
Signature of BSWH Employee / BSWH Rep: _____ Date: _____		Name of Program: _____	