



500 E. Border Street #130 Arlington, Texas 76010 | 682.236.3000 or 800.890.6034 |
팩스 682.236.4606

THRFinancialAssistance@TexasHealth.org

날짜 / Date: _____ 보증인 성명 / Guarantor Name: _____

환자 성명 / Patient Name: _____ 서비스 날짜 / Date(s) of Service: _____

계정 # / Account # _____ 의료 기록 # / Medical Record # _____

환자 및 보증인 님,

Texas Health Resources 재정 지원 신청서가 첨부되었습니다. 이 신청서를 작성하시면 귀하의 병원, 의사 또는 응급 치료 청구서에 대한 재정 지원 고려를 위해 귀하의 계정을 제시할 수 있습니다. 이는 Texas Health Hospital, Texas Health Breeze Urgent Care 또는 Texas Health Physician Group의 미결제 잔액에만 적용됩니다.

우리는 귀하의 개인정보보호에 대한 요구를 이해하고 있습니다. 따라서 검증 목적 이외에는 귀하의 신청서에 포함된 정보는 비공개 정보로 취급됩니다. 그것은 Texas Health Resources에서 꼭 필요할 때 필요한 것만 알리는 방식으로 공유됩니다.

신청서의 각 항목을 작성해 주십시오. 설명하기 위해 추가 공간이 필요한 경우, 신청서의 뒷면을 활용하십시오.

신청서를 처리하기 위해 소득 증명이 필요합니다. 아래에서 허용되는 서류를 확인하십시오. 이러한 요구된 서류를 제출하지 않는 경우, 재정 지원이 거부될 수 있습니다.

이 신청서를 수렴 즉시 작성하고 가능한 한 빨리 제출하는 것이 매우 중요합니다.

이 신청서를 작성하는 데 어려움이 있거나 불분명한 부분이 있으면 저희 팀에게 전화 주십시오. 신청을 완료하려면 귀하의 협조가 필요합니다.

소득 증명 서류 필요 여부는 귀하의 재정 상황에 따라 달라집니다.

귀하의 재정 지원 사례 결과를 결정하기 위해 다음 문서 중 일부 또는 전부가 필요할 수 있습니다.

1. 모든 고용에 대한 급여 명세서 - 보유한 각 직무에 대한 현재 급여 명세서 3개.
2. 사회 보장 또는 연금 내역서
3. 자영업자는 가장 최근에 제출한 연도의 개인 세금 신고서와 3개월치의 개인 은행 내역서를 제출해야 합니다.
 - a. 세금 신고 = 개인 1040 + Schedule 1 및 Schedule 1에 참조된 기타 Schedule들
4. 해당 기간 동안의 모든 고용에 대한 W-2 또는 1099 명세서.
5. 실업 수당 - 실업 수당을 승인하거나 거부하는 양식.
6. 자녀 양육비 소득 증명 - 법무장관 요약이 선호됨.
7. 사용 가능한 자원 증명 - 자세한 개인 은행 내역서
8. Medicaid 및/또는 주정부 지원 의료 지원 자격을 승인하거나 거부하는 양식.
9. 고용주나 복지 기관의 서면 진술서.
10. 음식과 주거지를 제공하는 당사자의 서명된 지원 편지.
11. 산재보험 소득 증명
12. 장애 급여 단기 또는 장기 장애 급여 내역서
13. SNAP 혜택 자격을 승인하거나 거부하는 양식.



500 E. Border Street #130 Arlington, Texas 76010 | 682.236.3000 or 800.890.6034 |
 팩스 682.236.4606

THRFinancialAssistance@TexasHealth.org

재정 지원 신청 - 1 페이지

환자 성명 / Patient Name: 성 / Last 이름 / First 중간 이니셜 / MI

사회보장 # / Social Security # 생년월일 / DOB: 계정 # / Account #:

기혼 / Married 미혼 / Single 이혼 / Divorced 사별 / Widowed 별거 / Separated

미성년 자녀(18 세 미만)가 있으십니까? / Do you have minor children (under 18)? 예 / Yes 아니요 / No
 자녀가 귀하와 함께 살고 있습니까? / Do they live with you? 예 / Yes 아니요 / No
 귀하가 낳거나 법적으로 입양한 자녀입니까? / Are they your birth/legally adopted children? 예 / Yes 아니요 / No
 환자가 고용 상태입니까? / Patient Employed? 예 / Yes 아니요 / No
 배우자가 고용 상태입니까? / Spouse Employed? 예 / Yes 아니요 / No
 의료보험이 있으십니까? / Do you have medical insurance? 예 / Yes 아니요 / No
 귀하는 healthshare/비용 분담 플랜의 회원이십니까? / Are you a member of a healthshare/cost sharing plan? 예 / Yes 아니요 / No
 장애 급여를 받고 있습니까? 받은 기간은 어떻게 됩니까? / Are you on disability? How long? 예 / Yes 아니요 / No
 퇴직 군인이십니까? / Are you a veteran? 예 / Yes 아니요 / No

가족 구성원 - (집에 살고 있는)

배우자 / Spouse: 나이 / Age:
 자녀 / Child: 나이 / Age:
 자녀 / Child: 나이 / Age:
 자녀 / Child: 나이 / Age:

소득 (월 금액):

	총액 / Gross	순액 / Net	지출 / Expenses	월 금액 / Monthly Amount
환자 / Patient	\$	\$	모기지/렌트 / Mortgage/Rent	\$
배우자 / Spouse	\$	\$	유틸리티 비용 / Utilities	\$
피부양자 / Dependents	\$	\$	차 할부금 / Car Payments	\$
공적 원조금 / Public Assistance	\$	\$	음식 / 식료품 / Food / Groceries	\$
푸드 스탬프 / Food Stamps	\$	\$	신용카드 / Credit Cards	\$
사회보장금 / Social Security	\$	\$	기타 / Other (상세히 기재하여 주십시오 / please specify)	\$
실업수당 / Unemployment	\$	\$		\$
파업 급여 / Strike Benefits	\$	\$		\$
산재보상금 / Worker's Compensation	\$	\$	총액 / TOTAL	\$
위자료 / Alimony	\$	\$		\$
자녀 양육비 / Child Support	\$	\$		\$
군대 수당 / Military Allotments	\$	\$		\$
연금 / Pensions	\$	\$		\$
소득 출처: 양도성 예금 소득(CD) / 렌트 수입, 배당금 / 이자 Income from: CD's, Rent, Dividends, Interest	\$	\$		\$
총액 / TOTAL	\$	\$		\$

자산

당좌 계좌 / Checking Account \$
 저축 계좌 / Savings Account \$
 양도성 예금 증서, 개인 연금 계좌 / CD's, IRA's \$
 기타 투자금 (주식, 채권 등) / Other Investments (Stocks, bonds, etc.) \$
 주 거주지 외의 부동산/토지 / Properties/Land other than primary residence \$



500 E. Border Street #130 Arlington, Texas 76010 | 682.236.3000 or 800.890.6034 |
팩스 682.236.4606

THRFinancialAssistance@TexasHealth.org

재정지원 신청서 - 2 페이지

고용주 이름 / <i>Name of Employer</i>	_____	배우자의 고용주 / <i>Spouse's Employer:</i>	_____
전화 # / <i>Telephone #</i>	_____	전화 # / <i>Telephone #</i>	_____
고용주 주소 / <i>Employer Address</i>	_____	고용주 주소 / <i>Employer Address</i>	_____
직업 / <i>Occupation</i>	_____	직업 / <i>Occupation</i>	_____

현재 메디케어 급여를 신청 중이십니까? / *Are you currently applying for Medicaid Benefits?* _____ 예 / *Yes* _____ 아니요 / *No*

귀하의 카운티 병원이나 빈곤프로그램 (indigent program) 을 통해 재정지원을 신청한 적이 있습니까? / *Have you applied for assistance thru your county hospital/indigent program?* _____ 예 / *Yes* _____ 아니요 / *No*

귀하의 의사가 자신의 의료서비스를 기부하고 있습니까? / *Is your physician donating his/her services?* _____ 예 / *Yes* _____ 아니요 / *No*

귀하의 사고/상해/질병에 대해 책임 있을 가능성이 있는 제 3 자가 있습니까? / *Are there any potentially liable third-parties responsible for your accident/injury/illness?* _____ 예 / *Yes* _____ 아니요 / *No*

Texas Health 의료비 지불을 도와주는 사람이 있습니까? / *Is anyone assisting you with payment of your Texas Health medical bills?* _____ 예 / *Yes* _____ 아니요 / *No*

누가 귀하를 돕고 있습니까? / *Who is assisting you?* _____

도움을 얼마나 받고 계십니까? / *How much assistance are you receiving?* _____

귀하의 Texas Health 의료청구비 결제와 관련하여 귀하가 지원을 받을 자격이 되는지를 결정하는 데 있어서 도움이 될 만한 정보가 있으면 적어주십시오. / *List any other information you feel would be helpful to us in determining your eligibility for assistance in paying your Texas Health medical bills.*

질병으로 인한 휴가 기간 동안 받게 될 예상 수입 및/또는 자금 / *Expected earnings and/or funds you will receive during your time off due to your illness.*
(병가, 유급휴가, 단기/장기 장애 급여 소득 / *Sick leave, paid time off, short/long term disability income*). \$ _____

귀하가 일을 할 수 없거나 임금을 벌 수 없는 예상 기간 / *Expected length of time you will be unable to work and/or earn wages:* _____

나는 Texas Health Resources 가 이 신청서에 대한 평가와 관련하여 여기에 기재된 재무 정보를 검증할 수 있다는 것을 이해하며, 이로써 Texas Health 가 본인의 고용주에게 연락하여 제공된 정보를 증명하고, 신용 보고 기관에 보고서를 요청할 수 있는 권한을 부여합니다. 나는 이 정보가 본인의 재정적 지원에 대한 적격 여부를 결정하는데 사용될 것이며, 본 신청서의 정보를 위조하면 재정 지원 거부를 초래할 수 있다는 것을 알고 있습니다. 또한, 제 3 자나 다른 출처에서 회복한 경우, 재정 지원 승인이 완전히 또는 부분적으로 취소될 수 있음을 이해합니다.

[제 3 자 책임에 한함] 본인이 받는 재정 지원 치료는, 본인이 상환해야 하는 금액에 대한 병원의 선취 특권을 병원이 포기하는 것으로 해석되어서는 안 되는 것과, 해당 입원과 관련하여 본인이 받는 환불 금액은 Texas Health Resources 로 보내져야 한다는 것을 이해합니다.

신청자(환자일 경우)의 서명 / <i>Signature of Person Making Request, If Patient</i>	_____	날짜 / <i>Date</i>	_____
--	-------	------------------	-------

신청자(환자가 아닐 경우)의 서명 / <i>Signature of Person Making Request, If Not Patient</i>	_____	관계 / <i>Relationship</i>	_____
---	-------	--------------------------	-------

환자의 주소 / <i>Patient's Address</i>	_____	시 <i>City</i>	_____	주 <i>State</i>	_____	우편번호 <i>ZIP</i>	_____	카운티 <i>County</i>	_____	집 전화번호 / <i>Home Telephone Number</i>	_____
--------------------------------------	-------	------------------	-------	-------------------	-------	--------------------	-------	----------------------	-------	---------------------------------------	-------