



환자 성명(성, 이름, 중간 이름 이니셜) 소셜 시큐리티 번호

환자 거주지 주소 시 주 우편 번호 카운티

생년월일(월/일/년도) 전화번호 결혼 상태: 기혼, 별거, 독신, 이혼, 사별

취업 여부, 환자의 고용주, 배우자 성명, 배우자 취업 여부

전화번호, 배우자의 고용주, 전화번호

의료 서비스를 받은 BSWH 시설이 네트워크 시설 중 귀하의 주 거주지와 가장 가깝습니까?
"아니요"인 경우, 가장 가까운 시설에서 해당 서비스를 제공할 수 없거나 제공하기를 꺼렸습니까?

취업 상태가 아닌 경우, 전 고용주의 이름과 전화번호를 기재하십시오

A. 소득: 가구 내 각 인원에게 대해 소득을 기재해 주십시오.
환자, 배우자, 총 가구 소득 \$

B. 소득 확인: 모든 가구 소득원에 대해 증명 서류를 제출해 주십시오.
(원본 문서가 아닌 사본만 보내주세요)
IRS 양식 W-2, 은행 거래 내역서, 고용주 확인서, 기타(아래에 기재하십시오), 신용 조서(BSWH가 작성), 정부 지원금(푸드 스탬프, CDIC, Medicaid, TANF), 소셜 시큐리티, 산재 보상 또는 실업 보상 결정서

C. 가족 구성원: 환자 가족의 총 인원 수를 기입하십시오.
(이 숫자에는 환자, 환자의 배우자 및 환자의 부양 가족만 포함되어야 함)

D. 자산 및 기타 자원:
본인이 이용할 수 있는 자산이나 기타 재원이 있습니까?
의료보험이 있습니까?
건강 저축 계좌(Health Savings Account)나 유동성 지출 계좌(Flexible Spending Account)가 있습니까?

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, 본인의 서명으로 본인의 고용주 또는 여기에 기재된 개인이 누구든 본 신청서에 제공된 정보와 관련하여 추가 세부 사항을 확인하거나 제공하는 데 동의합니다.

본인은 일부 의사와 의료기관은 BSWH의 직원이 아닐 수도 있음을 잘 알고 있습니다. 본인은 해당 제공업체로부터 별도의 청구서를 수령할 수 있음을 이해하며 본 재정 지원 신청서는 해당 관역에 적용되지 않습니다.

환자 또는 책임 당사자의 서명 성명(정자체) 일자

For Hospital Use Only
Application information obtained by BSWH Employee in person or over the phone, no patient signature required.
Electronic Signature of BSWH Employee or BSWH Representative Date
Notes Regarding Income Verification/Number in the Household:
Patient is part of community care program Program Name First Statement Date: