



이 신청서를 작성하고 서명하여 아래 필수 서류와 함께 제출해 주십시오:

- 소득(현재 받고 있는 아래 서류를 모두 포함하여):
  - 환자, 환자 배우자 및/또는 환자 보증인(18세 미만 자녀의 부모/법적 보호자)을 포함하여, 현재 과세 연도에 제출한 최근 2건의 급여 명세서 사본 또는 W-2 양식 사본.
  - 자영업자의 경우, 현재 연방 세금 양식 1040 사본.
  - 사회보장/사회보장 장애 또는 기타 추가 가구 소득을 증명하는 서류.
- 모기지/임대료 청구서 사본 또는 주택이 더 이상 저당권이 설정되지 않은 경우, 재산세 명세서 사본.
- 의료 지원을 신청한 경우, 승인서 또는 거부서 사본.

위의 필수 서류 중 하나라도 제출할 수 없는 경우, 아래 3페이지의 FAF 116 양식을 작성해 주십시오.

환자 정보		
성:	이름:	중간 이니셜:
사회보장번호:	생년월일:	

**보증인(법적 부모, 후견인 또는 위임장) 환자와 동일한 경우 파트 II로 넘어가고, 그렇지 않은 경우 모든 영역을 작성하십시오.**

성:	이름:	중간 이니셜:
사회보장번호:	생년월일:	환자와의 관계:

파트 II(환자/보증인 정보)			
거리 주소:			아파트:
시:	주:	우편번호:	
집 전화: ( )	휴대전화: ( )	결혼 여부:	
고용주 성명 및 주소:			
월 총 수입: \$	월 순 수입: \$		
직위/직급:	현재 고용 기간:		
귀하는 법적으로 미국 시민이십니까?    예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/>			

배우자		
성:	이름:	중간 이니셜:
고용주 성명/주소:		전화번호:
직위/직급:	고용 기간:	
월 총 수입: \$	월 순 수입: \$	

가구 정보(본인 또는 배우자를 제외한 모든 가구원의 성명과 생일)		
성명:	생년월일:	환자와의 관계:
성명:	생년월일:	환자와의 관계:
성명:	생년월일:	환자와의 관계:
성명:	생년월일:	환자와의 관계:
성명:	생년월일:	환자와의 관계:

추가 가구 소득	
당좌 예금 잔고:	월별 실업 급여:
저축 예금 잔고:	월별 사회보장 급여:
공공 지원금/푸드 스탬프:	월별 근로자 보상금:
월별/연간 연금 금액:	기타:

모기지/임대료(모기지/임대료 영수증 필요)	
모기지/임대료 지불:	

건강 보험 정보(수령한 의료 지원 승인서 또는 거부서 사본 필요)	
회사명:	유효 일자:
의료 지원을 신청하셨습니까?    예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/>	시간:
장소:	담당 사회복지사 이름 및 전화번호:
결과/거부 사유:	

장애 정보	
환자에게 장애가 있습니까?    예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/>	장애 기간:
담당 의사 성명:	담당 의사 전화번호:

제3자 책임(자동차 사고, 산재 보상, 신체 상해 또는 기타 법적 청구)			
자동차 사고로 인한 상해/질병입니까?	예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/>	사고 일자:	
직장에서 상해/질병이 발생했습니까?	예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/>	사고 일자:	
범죄로 인한 상해/질병입니까?	예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/>	사고 일자:	
불법 행동으로 인한 상해/질병입니까?	예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/>	사고 일자:	

**제3자 책임 청구는 모든 지불 수단이 소진될 때까지 재정 지원을 받을 수 없습니다. 제3자 책임보험 청구와 관련된 정보를 공개하지 않는 경우 환자는 재정 지원 대상이 아닌 것으로 간주됩니다.**

본인은 이 신청서를 검토했으며, 본인이 아는 한 이 신청서에 기재된 모든 정보 또는 UMMS에 제공된 모든 정보는 사실이며 정확하고 완전하다는 것을 선언합니다. 본인은 이 정보를 허위로 진술할 경우, 제공받을 수 있는 재정 지원이 취소될 수 있으며 이후 모든 의료 비용에 대한 책임이 본인에게 있음을 이해합니다. 본 요청서에 서명을 하고 제출함으로써, 본인은 UMMS 및 관련 시설 실무진이 본인의 신용 파일을 포함하여 재정 지원에 대한 본인의 필요성을 판단하는 것에 동의합니다. 또한 본인은 의사 청구서 지원에 대한 응답으로 본인의 재정 상태 평가를 위해 이 정보를 University Physicians Inc.에 공개 또는 공개할 수 있는 권한을 UMMS에 부여합니다. 본인은 본 신청서의 처리 기간 중 소득 또는 자산과 관련하여 변동이 발생하는 경우 UMMS에 통지할 책임이 있음을 이해합니다.

\_\_\_\_\_  
환자/보증인 서명(필수)

\_\_\_\_\_  
날짜

\_\_\_\_\_  
배우자 서명(필수)

\_\_\_\_\_  
날짜

질문이 있거나 이 신청서를 작성하는 데 도움이 필요한 경우, Financial Assistance Dept.(재정 지원 부서)에 전화하십시오. (410) 821-4140, 내선 2003, 월요일-금요일, 오전 8:00 - 오후 4:30.

**이 신청서를 필수 서류와 함께 우편, 이메일 또는 팩스로 보내주십시오.**

**우편:** UMMS  
11311 McCormick Road, Suite 230  
Hunt Valley, MD 21031

**이메일:** [CBOService@umm.edu](mailto:CBOService@umm.edu)

**팩스:** 410-630-5341

### 생활, 재정 및 소득 내용 확인

이 양식은 다음 상태에 있는 재정 지원 신청자가 작성해야 합니다.

- 음식 및/또는 쉼터 지원을 받는 분
- 현재 실직 상태인 분
- 자동차 사고, 근로자 보상, 개인 상해 또는 기타 제3자 책임보험을 적용받는 상해로 인해 병원에서 비용을 청구하신 분

#### 환자 정보:

성명: \_\_\_\_\_ 날짜: \_\_\_\_\_  
 전화번호: \_\_\_\_\_ 휴대전화 번호: \_\_\_\_\_  
 생년월일: \_\_\_\_\_ 환자 서명: \_\_\_\_\_

#### 숙식 지원을 받는 경우, 다음 항목을 작성해 주십시오.

저는 \_\_\_\_\_로부터 숙식 지원을 받고 있습니다. 환자와의 관계:  
 \_\_\_\_\_.

(하나를 선택하세요)

- \_\_\_\_\_ 숙식 무료 제공  
 \_\_\_\_\_ 숙식비를 매달 \$ \_\_\_\_\_ 지불하고 있음  
 \_\_\_\_\_ 기타 사항이 있는 경우, 아래에 설명해 주십시오.

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

#### 실직 상태이고 소득이 없는 경우, 다음 사항을 기재해 주십시오.

(하나를 선택하세요) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 이후 실직 상태이며, 위 내용과 같이 숙식 지원을 받고  
 있습니다. 재취업 예정일은 언제입니까? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 이후 실직 상태이며, 예금 또는 기타 현금 자산으로 생활하고  
 있습니다.

여기에 상세히 설명해 주십시오. \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 재취업 예정일은 언제입니까? \_\_\_\_\_

실업 급여를 수령하고 있지 않은 이유는 무엇입니까?

(하나를 선택하세요) \_\_\_\_\_ 자격 만료 - 환자가 모든 실업 급여를 소진했습니다.  
 \_\_\_\_\_ 자격 없음, 사유: \_\_\_\_\_

#### 제3자 책임보험 청구 상태(자동차 사고, 근로자 보상, 개인 상해)인 경우, 다음을 작성해 주십시오.

변호사: 성명: \_\_\_\_\_  
 주소: \_\_\_\_\_  
 전화번호: \_\_\_\_\_

보험사: 성명: \_\_\_\_\_  
 주소: \_\_\_\_\_  
 전화번호: \_\_\_\_\_

정산 예정일: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_