



다음 필수 서류와 함께 본 신청서를 작성, 서명한 후 제출해 주십시오.

• 소득(현재 수령 중인 다음 서류 모두 포함):

신청하는 모든 사람에 대한 최근 2회의 급여 명세서 사본 또는 최근 과세 연도에 제출한 W-2 양식(가구에 거주하는 환자, 환자의 배우자, 환자 보증인(21세 이하 아동의 부모) 포함). 사회 보장/사회 장애 보장 또는 기타 추가적인 가구 소득에 대한 서류.

• 모기지론/임대료 영수증 사본.

• 의료 지원을 신청하는 경우, 귀하의 승인 또는 거부 서신의 사본.

상기의 필요 서류를 제출할 수 없는 경우 첨부 FAF 116 양식을 작성해 주십시오.

환자 정보

성:	이름:	중간 이니셜:
사회 보장 번호:	생년월일:	

보증인(책임 당사자) 환자와 동일한 경우 파트 II로 넘어가시고, 다른 경우 모든 항목을 작성해 주십시오.

성:	이름:	중간 이니셜:
사회 보장 번호:	생일:	환자와의 관계:
파트 III(최근 연도에 제출한 W-2 양식의 사본 또는 최근 2회의 급여 명세서 사본이 필요함)		
거리 주소:	아파트:	
시:	주:	우편번호:
집 전화: ()	핸드폰: ()	결혼 여부:
고용주 이름 및 주소:		
월 총 수입: \$	월 순 수입: \$	
직위/직급:	현재 고용 기간:	
합법적 미국 시민이십니까?	예 <input type="checkbox"/>	아니오 <input type="checkbox"/>

배우자

성:	이름:	중간 이니셜:
고용주 이름/주소:	전화 번호:	
직위/직급:	고용 기간:	
월 총 수입: \$	월 순 수입: \$	

가구 정보(본인 또는 배우자를 제외한 모든 가구원의 이름과 생일)

성명:	생년월일:	환자와의 관계:

추가 가구 수입:

계좌 잔고 확인:	월별 실업 급여:
저축 예금 잔고:	월별 사회보장 급여:
공공 지원금/푸드 스탬프:	월별 근로자 보상금:
월별 아동 지원금:	기타:

월 지출(모기지론/임대료 영수증 필요)	
모기지론/임대료 지급:	케이블 TV:
공과금:	비자 카드:
전화번호:	마스터 카드:
휴대폰:	백화점:
자동차 비용:	기타:

건강 보험 정보 (수령한 의료 지원 승인서 또는 거부서의 사본이 필요)	
회사명:	유효 일자:
의료 지원을 신청했습니까? 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/>	시간:
장소:	케이스 담당자 이름 및 전화번호:
결과/거부 이유:	

장애 정보	
환자가 장애가 있으십니까? 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/>	장애 기간:
의사 성명:	의사 전화 번호:

제3자 책임보험(자동차 사고, 근로자 보상, 신체 상해 또는 기타 법적인 청구)			
자동차 사고로 인한 상해/질병	예 <input type="checkbox"/>	아니오 <input type="checkbox"/>	사고 일자:
직장에서 발생한 상해/질병?	예 <input type="checkbox"/>	아니오 <input type="checkbox"/>	사고 일자:
범죄로 인한 상해/질병?	예 <input type="checkbox"/>	아니오 <input type="checkbox"/>	사고 일자:
불법 행동으로 인한 상해/질병?	예 <input type="checkbox"/>	아니오 <input type="checkbox"/>	사고 일자:

제3자 책임보험 청구는 모든 지불 수단이 소진될 때까지 재정 지원 대상이 아닙니다. 제3자 책임보험 청구와 관련된 정보를 제공하지 못한 경우 환자는 재정 지원 대상이 아닌 것으로 간주됩니다.

본인은 본 신청서를 검토하였으며 신청서에 포함되거나 기타 UMMS와 관련 실무진에게 제공한 모든 정보는 본인의 아는 최대 한도 내에서 진실이며, 정확하고 완전함을 선언합니다. 본인은 본 정보에 대한 잘못된 표시로 인해 제공받을 수 있는 재정 지원을 취소될 수 있으며 이후 모든 의료비에 대한 책임이 있음을 인정합니다. 본 요청서에 서명을 하고 제출함으로써, 본인은 UMMS 및 관련 시설 실무진이 본인의 신용 파일을 포함하여 재정 지원에 대한 본인의 요구를 판단하는 것에 동의합니다. 또한 본인은 UMMS가 의료 비용에 대한 지원에 응답하여 본인의 재정 상태를 평가할 목적으로 본 정보를 대학 의사 협회(University Physicians Inc.)에게 전달하거나 공개하는 데 동의합니다. 본인은 본 신청서의 처리 기간 중 소득 또는 자산과 관련하여 변동이 발생하는 경우 UMMS에 통지할 책임이 있음을 이해합니다.

환자/보증인 서명

날짜

배우자 서명

날짜

본 신청서 작성에 대한 질문 또는 지원이 필요한 경우, Financial Assistance Dept.(재정 지원부) 전화 (410) 821-4140번으로, 월요일에서 금요일까지, 8:00am - 4:30pm에 연락해 주십시오. 본 신청서를 필수 서류와 함께 다음 주소로 우편 발송해 주십시오.
UMMS, 11311 McCormick Rd, Suite 230, Hunt Valley, MD 21031.