



환우/책임 당사자 귀하,

귀하께서는 당원 **재정지원 프로그램**에 대한 자격이 있을 수 있으므로 본 신청서를 보내드립니다.

첨부해드리는 양식은 오직 해당 병원과 그 소속 의사의 청구서에만 해당됩니다. 포함되는 의사 목록은 당원의 재정지원 정책, 부속문서 A 를 참조하시기 바랍니다. 본 양식은 귀하께서 받으셨을 수 있는 방사선, 비소속 의사, 구급차 등과 같은 다른 의료 청구서에는 적용되지 않습니다.

완전 혹은 부분 지원 대상으로 고려되기 위해서는 **반드시** 재정지원 신청서를 작성하셔야 합니다. 책임 당사자가 하단에 **반드시 서명을 하고** 작성을 완료한 신청서를 회신해주셔야 합니다.

증빙서류로 **본인의 최근 연방소득세 신고서(Federal Tax Return)**를 당원에 제공하실 필요가 있습니다. 소득세를 신고하지 않은 경우, 해당 사실을 기재하고 아래에 나와 있는 문서 중 두 가지를 첨부해 주십시오.

- 주 소득세 신고서(State Income Tax Return)
- 직장 급여명세서(Employer Pay Stubs)
- 소득원으로부터의 서면 증빙서류
- 지난 3개월간의 모든 은행 거래명세서 사본
- 증빙문서 W-2(Supporting W-2)
- 증빙문서 1099(Supporting 1099)

어떠한 사유에서든 요청 정보를 당원에 제공하지 못할 경우, 요청 정보를 제공할 수 없는 이유를 설명하는 서면 진술서를 첨부해 주십시오.

신청서 작성이나 작성한 신청서 회신에 관한 대면 지원이 필요하시면, 아래 주소에서 재정 상담원(Financial Counselor)을 만나실 수 있습니다.

OU Medical Center
711 SL Young Blvd, Suite 100
Oklahoma City OK

OUMC Edmond
1 S Bryant
Edmond Ok 73034

당원의 검토 절차는 업무일 기준 삼십(30)일 가량이 소요됩니다. 자선의료 결정사항은 서신으로 알려드립니다.

**본 양식을 회신하시면 귀하의 청구서가 당원의
재정지원 프로그램에 포함될 수 있음을 유의하십시오.**



신청서 및 모든 필수 서류를 아래 주소로 우송해 주십시오.

Patient Account Services
Attn: Research and Correspondence Dept
10030 MacArthur Blvd.
Irving, TX 75063

재정지원 신청서

병원 이름 _____ 계정 번호 _____
환자 성명 _____ 소셜 시큐리티 번호 _____
책임 당사자 성명 _____ 소셜 시큐리티 번호 _____
주소 _____ 전화번호 _____

가구 내 피부양인

(여기에는 배우자, 18 세 미만 자녀 및 귀하의 소득세 신고서 상 공제대상인 기타 모든 사람이 포함됩니다)

성명 _____ 연령 _____
(이름, 중간이름 및 성(환자와 다를 경우))

고용 사항(환자/책임 당사자)

고용주 이름 _____ 시급 _____ 주당 근무 시간 _____
현재 총 주/월/연소득(세제 전) _____
무직인 경우, 마지막 근무 날짜 _____

배우자 고용 사항

고용주 이름 _____ 시급 _____ 주당 근무 시간 _____
현재 총 주/월/연소득(세제 전) _____
무직인 경우, 마지막 근무 날짜 _____

기타 소득

Table with 3 columns: Income Type, Patient, Actor. Rows include Social Security, Pensions, Unemployment, Disability, VA, and Rental Income.



주식, 채권, 401K		
배당금/이자		
자녀양육비		
위자료		
기타		

Medicaid 혹은 기타 주/카운티 지원금(State/County Assistance)을 신청한 적이 있습니까?

“예”이고 알고 있는 경우, 케이스 번호 _____ 신청 날짜 _____

아래에 서명한 본인은 본인이 제공받은 서비스로 인해 납부해야 할 수 있는 금액에 대한 지불의 책임이 있기 때문에 본인이 재정지원을 받을 자격이 있음을 확인합니다. 또한 본인은 상기의 정보가 본인이 아는 한 진실하고 정확함을 확인합니다. 본인은 제출된 정보가 검증 대상임을 이해합니다. 검토 과정에서, 본 신청서에 제공된 정보를 검증하고 본인이 재정지원을 받을 자격이 있는지 판단함에 있어 도움을 받기 위해 신용평가보고서가 요청될 수도 있습니다. 본인은 정보를 위조하거나 모든 기재란을 작성하지 않을 경우, 해당 프로그램에 대해 본인을 고려할 때 불리하게 작용할 수 있음을 이해합니다.

서명: _____ 날짜: _____

우송 주소: Patient Account Services, Research & Correspondence Dept, 10030 MacArthur Blvd, Irving, TX 75063