

## 부록 A

### 재정 지원 신청서 지침사항

토런스 메모리얼 메디컬 센터의 재정 지원 프로그램은 의료 서비스 전체 또는 부분에 대한 금액을 지불하지 못하는 환자를 돕기 위한 것입니다.

귀하는 재정 지원 프로그램을 받으시려면 첨부된 재정 지원 신청서를 작성하고 재정 지원 신청서 8번에 열거되고 체크된 "필요한 정보"를 제공하여야 합니다.

귀하의 신청서는 모든 필요한 정보가 제공될 때까지 처리되지 않습니다. 모든 필요한 첨부자료와 재정 지원 신청서를 재정 지원 신청서를 받으신 날로부터 (14)일 내에 제출하시는 것이 매우 중요합니다.

신청서에 서명 및 날짜를 반드시 기재하셔야 합니다. 환자/보증인 및 배우자가 정보를 제공할 경우에는 둘 다 반드시 신청서에 서명을 하여야 합니다. 질문이 있거나 도움이 필요하시면 재정 카운셀러와 상담하시기 위해 (310) 517-4765로 전화하십시오. 작성한 신청서를 다음으로 보내주십시오.

Torrance Memorial Medical Center  
Patient Financial Services Department  
3330 Lomita Boulevard  
Torrance, CA 90505

필요한 첨부 자료를 포함하여 작성하신 신청서를 받은 후 45일 이내에 결과를 서면으로 통지해드리겠습니다.

토런스 메모리얼 메디컬 센터  
재정 지원 신청서

1. 환자 정보

이름 \_\_\_\_\_ 사회보장번호 # \_\_\_\_\_  
주소 \_\_\_\_\_ 생년월일 \_\_\_\_\_  
도시 \_\_\_\_\_ 주 \_\_\_\_\_ Zip code \_\_\_\_\_  
집전화 # \_\_\_\_\_ 핸드폰 # \_\_\_\_\_ 직장전화 # \_\_\_\_\_  
직업 \_\_\_\_\_ 고용주/주소 \_\_\_\_\_ 환자가  
영구적인 장애 판장을 받았습니까? 예/아니오 \_\_\_\_

2. 배우자 정보 (또는 환자가 18세 미만일 경우 부모)

이름 \_\_\_\_\_ 사회보장번호 # \_\_\_\_\_  
주소 \_\_\_\_\_ 생년월일 \_\_\_\_\_  
도시 \_\_\_\_\_ 주 \_\_\_\_\_ Zip code \_\_\_\_\_  
집전화 # \_\_\_\_\_ 핸드폰 # \_\_\_\_\_ 직장전화 # \_\_\_\_\_  
직업 \_\_\_\_\_ 고용주/주소 \_\_\_\_\_

3. 다른 부모: (환자가 18세 미만일 경우)

이름 \_\_\_\_\_ 사회보장번호 # \_\_\_\_\_  
주소 \_\_\_\_\_ 생년월일 \_\_\_\_\_  
도시 \_\_\_\_\_ 주 \_\_\_\_\_ Zip code \_\_\_\_\_  
집전화 # \_\_\_\_\_ 핸드폰 # \_\_\_\_\_ 직장전화 # \_\_\_\_\_  
직업 \_\_\_\_\_ 고용주/주소 \_\_\_\_\_

4. 신청인을 포함하여 가구 내에 거주하는 모든 사람들을 열거하십시오.

이름	관계	연령
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____


**5. 월 총 소득 (아래 구체적으로 기재) \$ \_\_\_\_\_**

환자의 월급 \_\_\_\_\_ 배우자 월급 \_\_\_\_\_

부모의 월급(환자가 18세 미만일 경우) \_\_\_\_\_

사회 보장금 \_\_\_\_\_ Non-Deferred Pension \_\_\_\_\_

장애인 수당 \_\_\_\_\_ 실업 수당 \_\_\_\_\_

공공/정부 보조금 \_\_\_\_\_ 이혼료/양육비 \_\_\_\_\_

임대료 수입 \_\_\_\_\_ 기타 (출처 기록) \_\_\_\_\_

**6. 총 월 생활비(아래 구체적으로 기재) \$ \_\_\_\_\_**

임대료/모기지 \_\_\_\_\_ 이혼료/양육비 \_\_\_\_\_

음식/생활 자재 \_\_\_\_\_

전기수도요금 \_\_\_\_\_

의류 \_\_\_\_\_ 보험 \_\_\_\_\_

차/교통/연료비 \_\_\_\_\_ 학교/보육원 \_\_\_\_\_

신용카드, 기타 \_\_\_\_\_ 세탁/청소 \_\_\_\_\_

의류 \_\_\_\_\_ 건강/생명 보험 \_\_\_\_\_

**7. 자산:**

체크 계좌 잔금 \_\_\_\_\_ 세이빙 계좌 잔금 \_\_\_\_\_

주식, 채권, 머니 마켓, 등 \_\_\_\_\_ 자영업할 경우, 비즈니스 가치 \_\_\_\_\_

거주하는 집 말고 다른 부동산 \_\_\_\_\_ 기타 (기재) \_\_\_\_\_

**8. 필요한 정보 다음을 준비하였는지 체크 마크하십시오.**

- ( ) 최근 연도의 연방 소득 세금 환급 보고서 양식 1040 사본
- ( ) 모든 은행 및 투자 계좌의 최근 3개월 거래 내역서 사본
- ( ) 최근 지불 기간 및 올해까지의 소득을 보여주는 가장 최근의 2개의 월급 명세서
- ( ) 자영업할 경우, 최근 12개월동안의 재무재표 및 작년의 세금 환급 보고서 사본을 준비해주십시오.
- ( ) 소득이 없으시다면 자신/가족을 어떻게 부양하는지를 설명하는 서신을 제공해주십시오.

**9. 승인:**

본인은 재정 지원 신청서에 포함된 정보가 본인이 아는 한에 있어서 올바르고 완전한 것이라는 것을 증명합니다. 본인은 토랜스 메모리얼 메디컬 센터가 제공된 모든 정보를 확인하는 것을 승인하며 본 확인 과정 중에 신용 보고서도 볼 수 있다는 것을 이해합니다.

---

책임있는 당사자의 서명

날짜