



Arlington Memorial Hospital
 Harris Methodist Hospitals
 Presbyterian Hospitals

500 E Border Street #130
 Arlington Texas 76010
 682-236-3000 / 800-890-6034
 THRFinancialassistance@texashealth.org

날짜 / Date: _____ 보증인 이름 / Guarantor Name: _____

환자 성명 / Patient Name: _____ 진료일 / Date of Service: _____

병원 계정 # / Hospital Account # _____ 의료 기록 # / Medical Record # _____

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Texas Health
Arlington Memorial Hospital | <input type="checkbox"/> Texas Health
Harris Methodist Hospital
Southwest Fort Worth | <input type="checkbox"/> Texas Health
Presbyterian Hospital Denton |
| <input type="checkbox"/> Texas Health
Behavioral Health Hospital Corinth | <input type="checkbox"/> Texas Health
Harris Methodist Hospital Stephenville | <input type="checkbox"/> Texas Health
Presbyterian Hospital Kaufman |
| <input type="checkbox"/> Texas Health
Harris Methodist Hospital Alliance | <input type="checkbox"/> Texas Health Harris
Specialty Hospital Fort Worth | <input type="checkbox"/> Texas Health
Presbyterian Hospital Plano |
| <input type="checkbox"/> Texas Health
Harris Methodist Hospital Azle | <input type="checkbox"/> Texas Health
Heart & Vascular Hospital Arlington | <input type="checkbox"/> Texas Health
Recovery and Wellness Center |
| <input type="checkbox"/> Texas Health
Harris Methodist Hospital Cleburne | <input type="checkbox"/> Texas Health
Outpatient Surgery Center Alliance | <input type="checkbox"/> Texas Health
Seay Behavioral Health Hospital |
| <input type="checkbox"/> Texas Health
Harris Methodist Hospital Fort Worth | <input type="checkbox"/> Texas Health
Presbyterian Hospital Allen | <input type="checkbox"/> Texas Health
Springwood Behavioral Health
Hospital |
| <input type="checkbox"/> Texas Health
Harris Methodist Hospital
Hurst-Eules-Bedford | <input type="checkbox"/> Texas Health
Presbyterian Hospital Dallas | |

환자분께,

Texas Health Resources 재정 지원 신청서가 첨부되었습니다. 이 신청서를 작성하시면, 귀하의 병원 청구서에 대한 재정 지원 여부를 고려하기 위해 귀하의 계정을 제출하게 됩니다. 이것은 단지 귀하의 병원 비용만이 해당됩니다.

우리는 귀하의 개인정보보호에 대한 요구를 이해하고 있습니다. 따라서, 확인 목적 이외에, 귀하의 신청서에 포함된 정보는 비공개 정보로 취급됩니다. 그러한 정보는 Texas Health Resources 내에서 필요성 여부를 기준으로 하여 공유하게 됩니다.

신청서의 각 항목을 작성해 주십시오. 기술하기 위해 추가 공간이 필요하실 경우, 신청서의 뒷면을 활용하십시오.

귀하의 당월 및 그 이전의 두 달 급여명세서 사본이나 가계 소득에 대한 다른 형태의 증빙 서류를 제출해 주십시오. 급여 명세서를 받지 않는 경우, 귀하의 월별 예금을 나타내는 은행 계좌 내역서 사본을 제출해 주십시오. 자영업자인 경우, 가장 최근에 제출한 개인 소득세 신고서 사본과 현 손익 계산서를 제출해 주십시오. 이러한 필수 서류를 제출하지 않는 경우, 재정 지원이 거절될 수 있습니다.

이 신청서를 수령 즉시 작성하시고 가능한 한 빨리 다시 보내는 것이 매우 중요합니다.

이 신청서를 작성하는 데 어려움이 있거나 불분명한 부분이 있으면 전화를 주십시오. 협조해 주시면 감사하겠습니다.



Arlington Memorial Hospital
 Harris Methodist Hospitals
 Presbyterian Hospitals

500 E Border Street #130
 Arlington Texas 76010
 682-236-3000 / 800-890-6034
 THRFinancialassistance@texashealth.org

소득 (월 금액) / INCOME (Monthly Amount):

	<u>총액 /</u> <u>Gross</u>	<u>순액 /</u> <u>Net</u>	<u>비용 /</u> <u>Expenses</u>	<u>월 금액 /</u> <u>Monthly Amount</u>
환자 / Patient	\$ _____	\$ _____	모기지/렌트 / Mortgage/Rent	\$ _____
배우자 / Spouse	\$ _____	\$ _____	유틸리티 비용 / Utilities	\$ _____
피부양자 / Dependents	\$ _____	\$ _____	자동차 지급액 / Car Payments	\$ _____
공적 원조금 / Public Assistance	\$ _____	\$ _____	음식 / 식품 / Food / Groceries	\$ _____
푸드 스탬프 / Food Stamps	\$ _____	\$ _____	신용카드 / Credit Cards	\$ _____
사회보장금 / Social Security	\$ _____	\$ _____	기타 (기재하세요) / Other (please specify)	\$ _____
실업수당 / Unemployment	\$ _____	\$ _____		
파업 급여 / Strike Benefits	\$ _____	\$ _____		
근로자재해보상금 / Worker's Compensation	\$ _____	\$ _____	총액 / TOTAL	\$ _____
위자료 / Alimony	\$ _____	\$ _____		
자녀 부양료 / Child Support	\$ _____	\$ _____		
군대 수당 / Military Allotments	\$ _____	\$ _____		
연금 / Pensions	\$ _____	\$ _____		
소득 출처: 양도성예금(CD) / Income from: CD's				
렌트 수입, 배당금 / Rent, Dividends				
이자 / Interest	\$ _____	\$ _____		
총액 / TOTAL	\$ _____	\$ _____		

자산 / ASSETS

체킹 어카운트(보통예금) / Checking Account	\$ _____
세이빙 어카운트 / Savings Account	\$ _____
CD, IRA / CD's, IRA's	\$ _____
기타 투자금 (주식, 채권 등) / Other Investments (Stocks, bonds, etc.)	\$ _____
주 거주지 외의 부동산/토지 / Properties/Land other than primary residence	\$ _____

Arlington Memorial Hospital
 Harris Methodist Hospitals
 Presbyterian Hospitals

 500 E Border Street #130
 Arlington Texas 76010
 682-236-3000 / 800-890-6034
 THRFinancialassistance@texashealth.org

재정지원 신청서 – 페이지 2
APPLICATION FOR FINANCIAL ASSISTANCE – Page 2

고용주 이름 / <i>Name of Employer</i>	_____	배우자의 고용주 / <i>Spouse's Employer:</i>	_____
전화번호 / <i>Telephone #</i>	_____	전화번호 / <i>Telephone #</i>	_____
고용주 주소 / <i>Employer Address</i>	_____	고용주 주소 / <i>Employer Address</i>	_____
직업 / <i>Occupation</i>	_____	직업 / <i>Occupation</i>	_____

현재 메디케이드 급여를 신청 중이십니까? / <i>Are you currently applying for Medicaid Benefits?</i>	네 / Yes	아니요 / No
귀하의 카운티 병원이나 빈곤프로그램(indigent program)을 통해 재정지원을 신청한 적이 있습니까? / <i>Have you applied for assistance thru your county hospital/indigent program?</i>	네 / Yes	아니요 / No
귀하의 의사가 자신의 의료서비스를 기부하고 있습니까? / <i>Is your physician donating his/her services?</i>	네 / Yes	아니요 / No
귀하의 사고/상해/질병에 대해 잠재적으로 책임이 있는 제 3자가 있습니까? / <i>Are there any potentially liable third-parties responsible for your accident/injury/illness?</i>	네 / Yes	아니요 / No
귀하의 병원 청구비용 결제를 위해 귀하를 돕고 있는 사람이 있습니까? / <i>Is anyone assisting you with payment of your hospital bills?</i>	네 / Yes	아니요 / No
누가 귀하를 돕고 있습니까? / <i>Who is assisting you?</i>	_____	_____
귀하는 얼마나 많은 도움을 받고 계십니까? / <i>How much assistance are you receiving?</i>	_____	_____

귀하의 병원 청구비 결제와 관련하여 귀하가 지원을 받을 자격이 되는지를 결정하는 데 있어서 귀하가 생각하시기에 도움이 될 만한 정보가 있으면 적어주십시오. / *List any other information you feel would be helpful to us in determining your eligibility for assistance in paying your hospital bill.*

귀하의 질병으로 인해 귀하가 일을 하지 않는 동안 받게 될 것으로 예상되는 수입이나 자금(병가, 유급 휴가, 단기/장기 장애 소득). / *Expected earnings and/or funds you will receive during your time off due to your illness (Sick leave, paid time off, short/long term disability income).*

\$ _____

귀하가 일을 할 수 없거나 임금을 벌 수 없는 예상 기간 / *Expected length of time you will be unable to work and/or earn wages:*



Arlington Memorial Hospital
 Harris Methodist Hospitals
 Presbyterian Hospitals

500 E Border Street #130
 Arlington Texas 76010
 682-236-3000 / 800-890-6034
 THRFinancialassistance@texashealth.org

나는 Texas Health Resources 가 이 신청서에 대한 병원의 평가와 관련하여 여기에 기재된 재무 정보를 검증할 수 있다는 것을 이해하며, 이로써 병원이 본인의 고용주에게 연락하여 제공된 정보를 증명하고, 신용 보고 기관에 보고서를 요청할 수 있는 권한을 부여합니다. 나는 이 정보가 본인의 재정적 지원에 대한 적격 여부를 결정하는데 사용되며, 본 신청서에서 정보를 위조함으로써 재정 지원 치료 서비스의 거부를 초래할 수 있다는 것을 알고 있습니다. 또한, 제 3 자나 다른 출처에서 회복한 경우, 재정 지원 승인이 완전히 또는 부분적으로 취소될 수 있음을 이해합니다.

본인이 받는 재정 지원 치료는, 본인이 상환해야 하는 금액에 대한 병원의 선취 특권을 병원이 포기하는 것으로 해석되어서는 안 되는 것과, 해당 입원과 관련하여 본인이 받는 환불 금액은 Texas Health Resources 로 보내져야 한다는 것을 이해합니다.

신청자(환자일 경우)의 서명
Signature of Person Making Request, If Patient

날짜
Date

신청자(환자가 아닐 경우)의 서명
Signature of Person Making Request, If Not Patient

관계
Relationship

환자의 주소 도시 주 ZIP 카운티
Patient's Address City State Zip code County

집 전화번호
Home Telephone Number