

FINANCE



JOHNS HOPKINS
M E D I C I N E

Johns Hopkins Medicine
재정 지원 신청서

첨부된 양식을 작성하고 아래 기재된 문서와 함께 제출하십시오.

필수 포함 양식:

메릴랜드주 균등 재정 지원 신청서(첨부)

필수 포함 서류:

1. 지난해 소득신고서 사본 (기혼자이며 부부가 따로 신고한 경우, 양쪽의 신고서를 제출하십시오).
2. 지난 삼(3) 년간의 급여 명세서, 고용주 서신 또는 실직 상태 증빙.
1. 사회 보장 수당 서신의 사본(해당하는 경우).
2. 의료 지원 또는 사회 보장 결정 서신 사본.
3. 신청서에 기록한 것과 같은 통화 요금 청구서, BG&E 청구서, 임대료/모기지 납부 등의 월 생활비 증빙.
4. 미지급 의료비 사본.
5. 전체 의료 보험 카드 사본.
6. 신분증, 운전면허증, 출생증명서 또는 법적 영주권 서류(그린카드) 등의 거주지 증빙.

정보를 우편으로 보내주십시오. 주소:

JOHNS HOPKINS RCM
3910 KESWICK ROAD, SUITE S-5100
ATTN: FINANCIAL ASSISTANCE LIASON
BALTIMORE, MD 21211

주 또는 시 지원을 받고 있습니까? 예 아니요

I. 가계 소득

모든 소득원의 월 소득액을 기재하십시오. 소득, 자산, 지출 증빙을 제공해야 할 수 있습니다. 소득이 없는 경우 거주 공간 및 식사를 제공하는 사람의 서신을 제공하시기 바랍니다.

근로
퇴직/연금 수당
사회 복지 수당
공공 지원 수당
장애인 수당
실업 수당
재향 군인 수당
위자료
임대 소득
파업 수당
군인 수당
농장 또는 자영업
기타 소득원

월별 금액

합계 _____

II. 유동 자산

당좌 계좌
저축 계좌
주식, 채권, CD 또는 금융 시장
기타 계좌

현재 잔액

합계 _____

III. 기타 자산

다음 중 소유하고 있는 항목이 있다면 유형과 대략적인 가치를 기재하십시오.

| | | |
|-------|--------------------|--------------|
| 주택 | 대출 잔액 _____ | 대략적 가치 _____ |
| 자동차 | 제조사 _____ 연식 _____ | 대략적 가치 _____ |
| 기타 차량 | 제조사 _____ 연식 _____ | 대략적 가치 _____ |
| 기타 차량 | 제조사 _____ 연식 _____ | 대략적 가치 _____ |
| 기타 자산 | | 대략적 가치 _____ |
| | | 합계 _____ |

IV. 월 지출

임대료 또는 주택담보 대출

공과금

차량 유지비

신용카드

차 보험

의료 보험

기타 의료 지출

기타 지출

다른 미지급 의료 청구액이 있습니까? 예 아니요

어떤 의료 서비스에 관한 청구액입니까? _____

납부 계획을 마련했습니까? 월 납부액은 얼마입니까? _____

금액

의료 재정난 지원 자격:

재정난 지원 신청 날짜로부터 이전 십이(12)개월간 가계 소득: _____

지원 신청 날짜로부터 이전 십이(12)개월간 Johns Hopkins(공동 보험, 자기부담금, 공제액 제외)에서 발생한

의료비 채무:

의료 서비스 날짜

미납 금액

추정 재정 지원 자격:

- 1. 환자는 몇 살입니까? _____
- 2. 환자가 임신했습니까? 예 또는 아니요
- 3. 환자에게 자택에 거주하는 만 21 세 자녀가 있습니까? 예 또는 아니요
- 4. 환자가 시각 장애인이거나 수익이 발생하는 근로에
12 개월 이상 참여하지 못할 수 있습니까? 예 또는 아니요
- 5. 현재 환자가 SSI 나 SSDI 수당을 받고 있습니까? 예 또는 아니요
- 6. 환자(기혼자인 경우, 배우자 포함)에게 다음 금액을 초과하지 않는 은행 계좌 또는
현금화 가능한 자산이 있습니까? 예 또는 아니요

가족 규모:

개인: \$2,500.00

2 인: \$3,000.00

각 추가 가족 구성원당, 추가 \$100.00 를 더하십시오

(예: 4 인 가족에 총 \$3,200.00 미만의 유동 자산이 있는 경우 '예'로 답합니다)

- 7. 환자가 메릴랜드주 거주자입니까? 예 또는 아니요
메릴랜드 거주자가 아니라면 환자의 거주 주는 어디입니까? _____
- 8. 환자가 홈리스입니까? 예 또는 아니요
- 9. 환자가 WIC 에 참여하고 있습니까? 예 또는 아니요
- 10. 가구에 무료 또는 감액 급식 프로그램에 등록된 아동이 있습니까? 예 또는 아니요
- 11. 가구가 저소득 에너지 지원 프로그램에 참여하고 있습니까? 예 또는 아니요
- 12. 환자가 SNAP/푸드 스탬프를 받고 있습니까? 예 또는 아니요
- 13. 환자가 Healthy Howard, Chase Brexton 에 등록되어 있습니까? 예 또는 아니요
- 14. 환자가 가톨릭 자선단체, Mobile Med, 몽고메리 카운티 Cancer Crusade,
Primary Care Coalition, Montgomery Cares, Project Access, Proyecto Salud 에서
SH 로 진료 의뢰를 받았습니까? 예 또는 아니요
- 15. 환자가 현재 다음을 보유하고 있습니까?
의약품 한정 의료 지원 예 또는 아니요
QMB/SMLB 예 또는 아니요
- 16. 환자가 직업이 있습니까? 예 또는 아니요
'아니요'에 답한 경우, 실직한 날짜: _____
COBRA 의료 보험 보장 대상입니까? 예 또는 아니요

제출한 모든 서류는 본 신청서에 포함됩니다.

추가적인 재정 지원 연장을 요청하는 경우, 부가적인 결정을 내리기 위해 JHM 이 보충 정보를 요청할 수 있습니다. 이 양식에 서명하면 제공한 정보가 사실이라는 것을 인증하며 제공한 정보에 변경 사항이 있는 경우

변경일로부터 10 일 내에 JHM 로 고지하는 데 동의하게 됩니다. 신청서에 제출한 모든 정보는 본인이 알고 있는 한도 내에서 정확한 사실입니다.

신청자 서명

날짜

환자와의 관계