



## 재정 지원 요약서 정보 및 설명서

### 어떻게 지원을 신청합니까?

재정요약서를 기입하여 신청할 수 있습니다.

### 모든 정보를 기입한 재정 요약서는 어떻게 처리합니까?

다음과 같이 하십시오:

1) 우편으로 보냅니다.

Driscoll Children's Hospital  
Attn: Admitting Office – 1<sup>st</sup> Floor  
P. O. Box 6530  
Corpus Christi, Texas 78466  
또는

2) 매일 오전 7 시와 오후 8 시 사이에 병원 1 층의 기프트샵 뒤에 있는 원무과에 직접 제출합니다.

### 신청서와 함께 다른 정보를 제공해야 합니까?

예. 귀하의 유효한 ID 또는 텍사스 주 운전면허증의 사본 그리고 다음 가운데 하나를 제공해야 합니다:

1	IRS 양식 W2	7	연방 수입 정부 프로그램(FIGP)
2	페이체크 내역서	8	고용 증명서
3	세금 보고서	9	은행 스테이트먼트
4	소셜 시큐리티	10	확인서
5	종업원 상해보험(위컴)	11	기타
6	실업 보험 서신		

### 병원비 재정 지원을 내가 받게 될지 언제 알게 됩니까?

(361) 694-4758 로 연락하면 됩니다.

### 재정 지원은 이 방문 시 부과되는 의사비와 기타 청구서를 지불합니까?

아니오. Driscoll Children's Hospital 의 재정 지원은 의사비, 엑스레이 관독 및 부수 서비스를 지불하지 않습니다. Driscoll Children's Hospital 에서 받지 않은 처방이나 서비스는 지불 대상이 아닙니다.

### 만약 통지를 받지 못했더라도, 제 아이를 Driscoll 에 데려오는 경우, 제 아이가 치료를 받을 수 있습니까?

예. 귀하의 자녀를 보아드립니다; 병원에 오셔서 원무과에 귀하의 자격 여부를 문의하실 수 있습니다.

**재정 요약서**

**신청자 정보:**

성명: \_\_\_\_\_ 성별  남  여  
 이름 \_\_\_\_\_ 성 \_\_\_\_\_ 미들 \_\_\_\_\_  
 소셜시큐리티 #: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ 생년월일: 월 \_\_\_\_ 일 \_\_\_\_ 연도 \_\_\_\_  
 주소: \_\_\_\_\_ 거주기간: \_\_\_\_\_  
 시 \_\_\_\_\_ 카운티 \_\_\_\_\_ 주 \_\_\_\_\_ 우편번호: \_\_\_\_\_  
 전화: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ 텍사스 주민입니까?  예  아니오  
 누가 환자의 의료에 법적 책임이 있습니까?  부친  모친  모두  후견인

**가구 구성원**

성명	생년월일	환자와의 관계	소셜 시큐리티

**환자 정보:**

성명: \_\_\_\_\_ 성별  남  여  
 이름 \_\_\_\_\_ 성 \_\_\_\_\_ 미들 \_\_\_\_\_  
 소셜시큐리티 #: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ 생년월일: 월 \_\_\_\_ 일 \_\_\_\_ 연도 \_\_\_\_  
 출생지: 시/주 \_\_\_\_\_ 카운티 \_\_\_\_\_

**환자의 부모/후견인 정보**

<b>부친의 성명:</b>		<input type="checkbox"/> 생존	귀하는 텍사스 주의 주민입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
_____		<input type="checkbox"/> 사망	환자의 주소와 다른 경우 귀하의 주소:
성	이름	_____	거리: _____
소셜시큐리티 #:	_____ - _____ - _____	<input type="checkbox"/> 혼인	시: _____
생년월일:	월 ____ 일 ____ 연도 ____	<input type="checkbox"/> 독신	주: _____ 우편번호: _____
집 전화:	(____) _____ - _____	<input type="checkbox"/> 별거	_____
		<input type="checkbox"/> 이혼	직장 전화# (____) _____ - _____
		<input type="checkbox"/> 사별	_____
<b>모친의 성명:</b>		<input type="checkbox"/> 생존	귀하는 텍사스 주의 주민입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
_____		<input type="checkbox"/> 사망	환자의 주소와 다른 경우 귀하의 주소:
성	이름	_____	거리: _____
소셜시큐리티 #:	_____ - _____ - _____	<input type="checkbox"/> 혼인	시: _____
생년월일:	월 ____ 일 ____ 연도 ____	<input type="checkbox"/> 독신	주: _____ 우편번호: _____
집 전화:	(____) _____ - _____	<input type="checkbox"/> 별거	_____
		<input type="checkbox"/> 이혼	직장 전화# (____) _____ - _____
		<input type="checkbox"/> 사별	_____
<b>후견인의 성명:</b>		<input type="checkbox"/> 생존	귀하는 텍사스 주의 합법적 주민입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오
_____		<input type="checkbox"/> 사망	환자의 주소와 다른 경우 귀하의 주소:
성	이름	_____	거리: _____
소셜시큐리티 #:	_____ - _____ - _____	<input type="checkbox"/> 혼인	시: _____
생년월일:	월 ____ 일 ____ 연도 ____	<input type="checkbox"/> 독신	주: _____ 우편번호: _____
집 전화:	(____) _____ - _____	<input type="checkbox"/> 별거	_____
		<input type="checkbox"/> 이혼	직장 전화# (____) _____ - _____
		<input type="checkbox"/> 사별	_____

**환자의 보험 정보: 환자가 보험에 가입되어 있습니까?  아니오  예 (보험 카드의 사본을 제공하십시오)**

“예”인 경우, 누구를 통해서입니까?  부모  모친  부친  환자  기타

**메디케이드 및 기타 혜택**

메디케이드가 환자를 커버합니까?  아니오  예 “예”인 경우, 환자의 메디케이드 # \_\_\_\_\_ 모친의 메디케이드 # \_\_\_\_\_  
 메디케어가 환자를 커버합니까?  아니오  예 “예”인 경우, 환자의 메디케어 # \_\_\_\_\_  
 현재 받고 있는 다른 혜택에 체크 표시하십시오:  푸드 스탬프 금액 \$ \_\_\_\_\_  WIG  기타 \_\_\_\_\_  
 환자나 다른 가구 구성원이 현재 다른 프로그램이나 기금 모금 활동, 특별 자선 단체, 무상 지원금 및/또는 기부의 혜택을 받고 있습니까? “예”인 경우, 모두 적으십시오:

**VI. 수입 및 지출 정보**

부친의 직업: \_\_\_\_\_ 고용주: \_\_\_\_\_  
 주소: \_\_\_\_\_ 고용기간: \_\_\_\_\_  
 시/주/우편번호: \_\_\_\_\_ 전화#: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
 총수입: \$ \_\_\_\_\_ / 급여기간 \_\_\_\_\_  
 연봉  기타  시간급 \$ \_\_\_\_\_ / 시간 # 시간 \_\_\_\_\_ / 주  
 (하나만 표시)  
 1주  2주  1개월  2개월  1년

모친의 직업: \_\_\_\_\_ 고용주: \_\_\_\_\_  
 주소: \_\_\_\_\_ 고용기간: \_\_\_\_\_  
 시/주/우편번호: \_\_\_\_\_ 전화#: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
 총수입: \$ \_\_\_\_\_ / 급여기간 \_\_\_\_\_  
 연봉  기타  시간급 \$ \_\_\_\_\_ / 시간 # 시간 \_\_\_\_\_ / 주  
 (하나만 표시)  
 1주  2주  1개월  2개월  1년

후견인의 직업: \_\_\_\_\_ 고용주: \_\_\_\_\_  
 주소: \_\_\_\_\_ 고용기간: \_\_\_\_\_  
 시/주/우편번호: \_\_\_\_\_ 전화#: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
 총수입: \$ \_\_\_\_\_ / 급여기간 \_\_\_\_\_  
 연봉  기타  시간급 \$ \_\_\_\_\_ / 시간 # 시간 \_\_\_\_\_ / 주  
 (하나만 표시)  
 1주  2주  1개월  2개월  1년

**가족이나 환자에게 제공가능한 다른 수입원 (각 항목마다 예 혹은 아니오에 표시)**

유형	아니오	예	“예”인 경우, \$ 금액/월	유형	아니오	예	“예”인 경우, \$ 금액/월
자녀 양육비				실업 수당			
소셜 시큐리티				부동산 임대			
SSD / SSI				장애 수입			
소셜 시큐리티 생존자 혜택				TANF			
종업원 상해보험(위급)				기타			

**거주 형태:** (하나에 표시)

주택 소유/구매  렌트  친구/친척과 동거  영구 주소 없음

**월별 지출**

지출	지불 금액	빌린 금액	지출	지불 금액	빌린 금액
주거비			베이비 시터		
공과금			자동차		
식비			자동차 보험		
채권자			합계		

**자산의 가치**

- 다른 부동산을 소유하고 있습니까(귀하의 집이 아닌 것)?  예  아니오 “예”인 경우, 현재 시가: \$ \_\_\_\_\_
- 농장을 소유하고 있습니까?  아니오  예 “예”인 경우, 현재 시가: \$ \_\_\_\_\_
- 체크 어카운트?  아니오  예 “예”인 경우, 은행명: \_\_\_\_\_ 현재 잔액 \$ \_\_\_\_\_
- 세이빙즈 어카운트?  아니오  예 “예”인 경우, 은행명: \_\_\_\_\_ 현재 잔액 \$ \_\_\_\_\_
- 생명보험의 현금 가치?  아니오  예 “예”인 경우, 보험회사 이름: \_\_\_\_\_ 가치 \$ \_\_\_\_\_
- 자동차  
 “예”인 경우, 나열합니다:  
 (a) 메이커/모델 \_\_\_\_\_ 연도 \_\_\_\_\_ 빌린 금액 \$ \_\_\_\_\_  
 (b) 메이커/모델 \_\_\_\_\_ 연도 \_\_\_\_\_ 빌린 금액 \$ \_\_\_\_\_

지난 3개월 동안 의료 청구서의 추정 금액. \$ \_\_\_\_\_

**귀하에게 연락해야 할 경우 누구에게 연락할 수 있습니까?**

성명: \_\_\_\_\_ 주소: \_\_\_\_\_ 전화번호: 전화#: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
 성명: \_\_\_\_\_ 주소: \_\_\_\_\_ 전화번호: 전화#: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**확인 및 정보의 공개**

본인은 이로서 위의 정보가 옳음을 확인합니다. 본인은 또한 Driscoll Children's Hospital 에서 본인 자녀의 병원비를 지원하는 곳을 찾는데 필요한 모든 의료 또는 재정 정보를 공개하는 것을 이 병원에게 허락합니다.

부모/후견인의 서명: X \_\_\_\_\_ 일자: \_\_\_\_\_  
 X \_\_\_\_\_ 일자: \_\_\_\_\_

사무용:

일자: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 면담자: \_\_\_\_\_

의견/추천내용:

---

---

---

---

---

---

---

---

후견인 # \_\_\_\_\_ 환자 # \_\_\_\_\_

재정 지지의 자격 \_\_\_\_\_ % 지출 \_\_\_\_\_

CCMS ID # \_\_\_\_\_

Driscoll Children's Hospital

3533 S Alameda

Corpus Christi TX 78411

재정 요약서

양식 [0609]

일자: [04 / 02]

수령일자: [04 / 02]

상표명