



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 – 1st 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

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

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