



0332C

재정지원신청서 안내

1. 첨부된 신청서의 **모든** 영역을 작성해 주십시오. 본인에게 해당되지 않는 사항에는 기재란에 해당없음 해당없음 이라고 적어 주십시오.
2. 질문에 대한 답변을 위해 여백이 더 필요하면 추가 용지를 첨부하시기 바랍니다.
3. 본 신청서 제출 시 소득 증명 서류를 반드시 제출하셔야 합니다. 소득 증명서로 다음과 같은 서류가 인정됩니다.

연방 소득세 신고서를 제출한 경우, 다음 사본을 제출하십시오.

- a. 가장 최근 연도의 연방 소득세 신고서 (1040 양식). 국세청에 제출한 모든 별첨 및 첨부 자료를 반드시 포함하십시오.

만약 연방 소득세 신고서를 제출하지 않았다면, 다음을 제출하십시오.

- a. 가장 최근에 받은 두 (2) 차례의 급여명세서, 및
- b. 연방 소득세 신고서를 제출하지 않는 사유를 설명하는 서신.

소득이 없거나 소득증명 서류가 없다면, 본인/가족을 어떻게 부양하는지를 설명하는 서신을 제출하십시오.

4. 모든 필수 정보를 제출하시기 전에는 재정지원 신청서가 처리되지 않습니다.
5. 재정지원신청서를 모든 필수 첨부 자료와 함께 **14일** 내에 작성하여 제출하시는 것이 중요합니다.
6. 재정지원신청서에 반드시 서명하고 날짜를 기입해 주십시오. 만약 환자/책임 당사자 및 배우자가 정보를 제공하는 경우, 두 사람 모두 신청서에 서명해야 합니다.
7. 문의 사항이 있으시면, Patient Business Office로 (909) 651-4177번으로 오전 9시 - 오후 5시 (월 - 목), 오전 9시 - 오후 2시 (금) 사이에 전화주시기 바랍니다 (주말 및 공휴일 제외). 주말, 공휴일, 근무 시간 후에는 등록처 담당자에게 연락하시면 도와드립니다.
8. 작성하신 재정지원신청서 및 모든 필수 서류를 아래 주소로 보내주십시오.

Loma Linda University Children's Hospital
 Patient Business Office
 P.O. Box 907
 Loma Linda, CA 92354



Loma Linda University Children's Hospital

재정지원신청서 안내

페이지 1 / 3

환자 신원 확인

19-0332C (2-15)

재정지원신청서 안내

본 신청서의 목적은 Loma Linda University Children's Hospital 자선 치료/할인 결제 정책에 부합되게 환자/책임 당사자가 재정 지원을 받을 자격 여부를 결정하기 위함입니다.

환자/책임 당사자

성명 _____

주소

사회보장번호

환자/책임 당사자 _____

배우자

성명 _____

전화번호

자택: _____

직장: _____

배우자 _____

가족 상태 (본인이 부양하는 모든 피부양자를 기재할 것)

성명	나이	관계

고용 상태

환자/책임 당사자

고용주

환자/책임 당사자 _____

직책 _____

고용주 _____

연락 담당자 _____

고용주 연락처 _____

전화번호 _____

배우자 고용주

배우자 직책 _____

고용주 _____

연락 담당자 _____

고용주 연락처 _____

전화번호 _____



Loma Linda University Children's Hospital

재정지원신청서 안내

페이지 2 / 3

환자 신원 확인

소득

	환자/보증인	배우자
1. 총 임금 및 급여/연 (공제 전)	\$ _____	\$ _____
2. 자영업 소득/연	\$ _____	\$ _____
3. 기타 소득:		
a. 이자 및 배당금	\$ _____	\$ _____
b. 부동산 임대료 및 임대차 계약	\$ _____	\$ _____
c. 사회보장급여	\$ _____	\$ _____
d. 위자료	\$ _____	\$ _____
e. 자녀 양육비	\$ _____	\$ _____
f. 실업/장애 수당	\$ _____	\$ _____
g. 공적 부조금	\$ _____	\$ _____
h. 기타 모든 소득원 (목록 첨부할 것)	\$ _____	\$ _____
총 소득 (상기의 1 - 3h 모두 합산)	\$ _____	\$ _____

이례적 비용

의료비 청구서, 파산, 법원 판결 또는 합의금과 같은 모든 이례적 비용에 관한 정보를 적어주십시오 (필요 시 목록 첨부할 것).

내역	금액

아래에 서명함으로써, 본인은/우리는 위에 적은 모든 정보가 본인이/우리가 알고 있는 한 진실되며 정확함을 선언합니다. 본인은/우리는 LLUCH가 본 신청서에 기재된 모든 정보를 확인하는 것을 허락합니다. 본인은/우리는 본인/우리의 고용주에게 연락하는 것을 분명히 허락합니다.

_____	_____	_____
환자/책임 당사자 서명	환자와의 관계	날짜
_____	_____	
배우자 서명	날짜	



Loma Linda University Children's Hospital

재정지원신청서 안내

페이지 3 / 3

환자 신원 확인