

## 재정 지원 신청서

### 신청인(보증인) 정보

신청자 이름 \_\_\_\_\_ 생년월일 \_\_\_\_\_

주소 \_\_\_\_\_ 도시 \_\_\_\_\_ 주 \_\_\_\_\_ 우편번호 \_\_\_\_\_

휴대폰 번호 \_\_\_\_\_ 집 번호 \_\_\_\_\_

혼인 상태:  결혼  독신  이혼  또는 과부

### 공동 지원자 정보

배우자/동거인 이름 \_\_\_\_\_ 생년월일 \_\_\_\_\_

주소 \_\_\_\_\_ 도시 \_\_\_\_\_ 주 \_\_\_\_\_ 우편번호 \_\_\_\_\_

### 가족(가구) 정보

이름, 중간 이름, 성	출생일	신청인과의 관계
1		
2		
3		
4		

### 수입

신청인		공동 신청자	
총소득	\$	총소득	\$
사회보장 / SSI / SSDI	\$	사회보장 / SSI / SSDI	\$
공공 지원	\$	공공 지원	\$
임대 부동산 소득	\$	임대 부동산 소득	\$
은퇴/연금	\$	은퇴/연금	\$
산재 보상	\$	산재 보상	\$
실업	\$	실업	\$
양육비	\$	양육비	\$
기타	\$	기타	\$

## 재정 지원 신청서

총	\$		총	\$
---	----	--	---	----

### 비용

신청인		공동 신청자	
생명보험	\$	생명보험	\$
의료비	\$	의료비	\$
기타	\$	기타	\$
재산세	\$	재산세	\$
전화/휴대전화	\$	전화/휴대전화	\$
유틸리티	\$	유틸리티	\$
총	\$	총	\$

### 인정 및 서명

#### 권리 양도

아래에 서명함으로써, 저는 위증죄 처벌 하에 이 재정 지원 신청서에 포함된 정보와 진술, 그리고 제출된 모든 서류가 정확하고 진실하며 정확함을 선언합니다.

필요하다면 호그 병원에서 추가 정보와 확인을 합리적으로 요청할 수 있다는 점을 이해합니다.

제가 제공한 정보와 진술은 호그 병원에서 비밀로 유지될 것임을 인정합니다.

이 신청서를 작성하면 호그가 제 상황을 고려할 수 있다는 점은 이해합니다.

또한 호그가 재정 지원이 보장된다는 주장을 하지 않는다는 점도 이해합니다.

저희는 위에 언급된 정보를 인증하며, 저와 관련된 신용 정보를 자발적으로 취득할 수 있도록 허가 합니다.

\_\_\_\_\_  
신청자 서명

\_\_\_\_\_  
날짜

\_\_\_\_\_  
공동 신청인 서명

\_\_\_\_\_  
날짜

## 재정 지원 신청서

### 신청서 및 필수 서류

신청하시는 상품을 선택해 주세요:  할인  재정 지원 (자선 돌봄)

호그는 할인된 결제와 재정 지원(자선 돌봄)을 모두 하나의 애플리케이션으로 사용합니다. 할인된 납부만 신청할 경우, 자선 돌봄 프로그램을 통해 받을 수 있는 할인보다 더 적은 할인을 받을 수 있다는 점을 알아두는 것이 중요합니다. 도움의 양은 지원 자격이 되는 프로그램에 따라 달라집니다.

재정 지원 신청서 외에도 다음 서류를 제출해야 합니다:

- 집에서 임금을 받는 사람 각각의 급여명세서 2개, 또는 환자가 처음 청구된 연도, 또는 청구일 전 12개월의 1040 세금 신고서가 필요합니다. 모든 일정과 첨부 자료를 반드시 포함하세요.
- 가장 최근에 취소된 임대료 수표, 임대 계약서, 또는 주택담보대출 납부금 사본. 가족이나 친구 같은 사람이 거주지를 제공하거나 수입을 도와준다면, 대신 서면 진술서를 제출할 수 있습니다.

다음 옵션 중 하나를 사용하여 신청서와 필요한 모든 서류를 제출해 주시기 바랍니다:

- **보안 팩스:** 949-764-7031
- **이메일:** PFS@hoag.org
- **우편:**  
환자 금융 서비스 2975 레드 힐 애비, 더 보기 200 코스타 메사, 캘리포니아 92626

작성된 신청서를 접수한 후 30일 이내에 서면 결정을 보내드립니다.

계정에 대해 질문이 있거나 상담하고 싶으시면 **949-764-8400**으로 전화해 주세요.

저희 사무실 운영 시간은 **월요일부터 금요일까지 오전 8시부터 오후 4시 30분까지**입니다.