

제1부: 환자 정보(필수)

다음과 같이 요구된 환자 정보를 작성하십시오.

진료 날짜 _____

환자 이름 _____ 생년월일 _____

주소 _____

도시: _____ 주: _____ 우편번호: _____ 전화번호: (_____) _____

지난 90일 동안 메디케이드 혜택을 신청하신 적 있습니까? 예 아니요

병원 진료 서비스를 받는 당시 오하이오주의 거주민이셨습니까? 예 아니요

병원 진료를 받는 당시 메디케이드 수혜자이셨습니까? 예 아니요

진료 서비스를 받는 당시 장애인 지원을 받고 계셨습니까? 예 아니요

혼인상태: 기혼 이혼 사별 미혼 동거인

제2부: 가족 구성원(필수)

가족 구성원, 그리고 모든 구성원의 이름, 생년월일, 나이 및 관계를 나열하십시오.

가구원수 _____ (본인, 배우자/동거인, 모든 부양가족 및 기타 구성원)

배우자/동거인 이름 _____ 생년월일 _____

HCAP와 Kettering Health Charity는 다양한 방식으로 가족 규모를 계산하므로 가족 구성원과 해당 관계에 관한 정보를 제공하십시오. (기혼자, 친족 또는 입양된 친척만이 HCAP 가족 구성원으로 간주됩니다.)

성함 _____ 생년월일 _____ 나이 _____ 관계 _____

성함 _____ 생년월일 _____ 나이 _____ 관계 _____

성함 _____ 생년월일 _____ 나이 _____ 관계 _____

성함 _____ 생년월일 _____ 나이 _____ 관계 _____

성함 _____ 생년월일 _____ 나이 _____ 관계 _____

제3부: 가정 소득(필수)

진료 서비스를 받는 날짜부터 이전 3개월 및/또는 12개월의 본인, 배우자/동거인과 기타 가족 구성원의 월 총수입 관련 서류를 제공하십시오. 허용 가능한 소득 증명 서류: 수표 명세서, 세금 신고서/1099/W2, 사회보장/연금/VA 명세서, 법원 서류 및 다음과 같은 기타 소득 증명 서류.

가구 소득	환자	배우자/동거인	18세~20세 부양 가족	부모 또는 보호자
근로 소득				
사회 보장 연금 총소득				
연금/퇴직금				
재향군인회 혜택				
일시적 장애 소득(TDI)				
실업 수당				
위자료				
자녀 양육비				
기타(설명)				
총 월 소득	\$	\$	\$	\$

1. 지난 12개월 동안 월 소득에 변동이 있었습니까? 예 아니요
2. 지난 3개월 동안의 총 가족 소득 \$ _____
3. 지난 12개월 동안의 총 가족 소득 \$ _____
4. 소득이 없다고 신고한 경우, 매달 필요한 생활비를 어떻게 충당했는지에 대해 간략한 설명을 제공합니다

본인은 Kettering Health가 본인의 의약품 비용에 대한 재정 지원을 받을 수 있도록 돕기 위해 제약 회사에 개인 정보 문서를 제출 및/또는 공유하는 것을 승인하며, 아래 서명을 통해 본 신청서에 기재한 모든 내용이 본인이 아는 한 진실하고 정확함을 증명합니다.

본인은 제출한 정보가 Kettering Health에 의해 검증 대상임을 이해합니다. 본인은 제공한 어떤 정보가 사실이 아닐 경우 Kettering Health가 본인의 재정 지원 적격성에 대해 재심사를 수행하고 적절한 조치를 취할 수 있음을 이해합니다. 본인은 Kettering Health가 추가 소득 증명과 관련한 문서를 요청할 수 있으며, 요청한 문서를 제출하지 않는 경우 이 신청이 거부될 수 있음을 이해합니다.

신청인/법적후견인의 서명 _____ 일자 _____

환자가 아닌 다른 사람에 의해 서명되었을 경우, 서명자 성명과 환자가 서명할 수 없는 이유를 기술해야 합니다.

지원서와 모든 신청 관련 문서들은 다음의 주소로 보내주십시오. Kettering Health Financial Assistance P.O. Box 933310 Cleveland, OH 44193, 이메일 주소: FinancialCounselors@ketteringhealth.org 혹은 팩스번호: (937) 522-9944. 추가적인 질문이 있으시다면 다음으로 전화하십시오. (937) 914-7680