



0332

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 Medical Center
 Patient Business Office
 P.O. Box 700
 Loma Linda, CA 92354



LOMA LINDA
 UNIVERSITY
 MEDICAL CENTER

Loma Linda University Medical Center

재정지원신청서 안내

페이지 1 / 3

19-0332 (2-15)

환자 신원 확인

재정지원신청서 안내

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

환자/책임 당사자
(보증인) 성명 _____

배우자
성명 _____

주소

전화번호
주택: _____
직장: _____

사회보장번호
환자/책임 당사자 _____

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 _____



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 LLUMC가 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 Medical Center

재정지원신청서 안내

페이지 3 / 3

환자 신원 확인