

용자 지원 신청서

UW Health - Financial Assistance 877-278-6437
 PO Box 620993
 Middleton, WI 53562

신청인 성명 (이름, 중간 이름, 성)	날짜	의무 기록 번호(알고 있는 경우)
-----------------------	----	--------------------

용자 지원 프로그램을 위한 평가를 위해, 해당하는 경우, 다음 항목을 모두 포함하십시오:

- 본 신청서, 서명 및 날짜 기입
- 연방세 신고서 및 증빙 스케줄(작년)
- 급여 명세서(지난 달)
- 수혜 서신(연금, 실직, SSI, SSDI)
- 은행 입출금 내역서 2개
- 일일 생계비를 충당하는 방법을 설명하는 서신

어느 기관에서 용자 지원을 신청하고 있습니까? UW HEALTH MERITER 둘 다

환자가 현재 보험이 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
보험 보장: _____
아니요인 경우, 환자가 Marketplace(Healthcare.gov)를 통해 보험을 신청했습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
환자가 Health Sharing Ministry Product에 참여하고 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
환자가 종교/문화적 이유로 정부 기금의 보험 프로그램에 참여하지 않기로 선택합니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
환자/재정적인 책임을 지는 당사자가 작년에 세금을 신고했습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
아니요인 경우, 이유는 무엇입니까? _____

환자/재정적인 책임을 지는 당사자

성명 (이름, 중간 이름, 성)	환자와의 관계	생년월일 (년, 월, 일)
주소	도시	주 우편 번호
전화	가족 규모(환자, 배우자 및 피부양자)	결혼 여부
고용 상태 <input type="checkbox"/> 정규직 <input type="checkbox"/> 시간제 <input type="checkbox"/> 자영업 <input type="checkbox"/> 은퇴 <input type="checkbox"/> 학생 <input type="checkbox"/> 실업자	실업자인 경우, 마지막으로 근무한 년/월/일	
고용주	주별소득 시간/주: 급여(\$)/시간:	고용 날짜 (년, 월, 일)

배우자/파트너

성명 (이름, 중간 이름, 성)	생년월일 (년, 월, 일)	전화
주소	도시	주 우편 번호
고용 상태 <input type="checkbox"/> 정규직 <input type="checkbox"/> 시간제 <input type="checkbox"/> 자영업 <input type="checkbox"/> 은퇴 <input type="checkbox"/> 학생 <input type="checkbox"/> 실업자	실업자인 경우, 마지막으로 근무한 년/월/일	
고용주	주별소득 시간/주: 급여(\$)/시간:	고용 날짜 (년, 월, 일)

피부양자

전체 이름	관계	생년월일 (년, 월, 일)
1.		
2.		
3.		
4.		

재정적인 책임을 지는 당사자 및 배우자의 월 소득(해당하는 경우)

환자/책임 당사자		배우자	
	월 사회보장 수당		월 사회보장 수당
	SSDI 신청 날짜		SSDI 신청 날짜
	연금		연금
	실직		실직
	Dep/IRA 증명서		Dep/IRA 증명서
	401K 인출		401K 인출
	임대/재산 소득		임대/재산 소득
	기타 소득		기타 소득

기타 지불해야 하는 청구서(의료비, 은행 용자, 신용카드, 기타)

종류	용자/신용 카드에 대한 이름/사용처 기재	미납 잔액	월정 지급액

비고

인증

본인은 이 정보가 UW Health에서의 청구액에 대한 재정적 책임을 결정하는 데에만 사용되며 기밀로 유지될 것임을 이해합니다. 용자 지원 프로그램 요건의 일부로, 본인은 다음을 포함하지만 이에 국한되지 않는, Medicaid 또는 기타 공공 지원 프로그램에 대한 선별심사를 받아야 합니다: BadgerCare - WI Medicaid; 고령, 시각 장애 및 기타 장애(EBD); 외국인 응급 의료 지원(AEMA); 폭력 범죄 피해자 보상 기금(VOVC); 추정 장애/Medicaid; 사회보장 장애/소득(SSD/SSI); Marketplace 건강 보험. 본인의 서명은 UW Health에게 본 양식에 제공된 모든 정보를 확인할 권한을 부여합니다.

서류에 전자적으로 서명하려면: "Tools(도구)" --> "Fill(작성) & Sign(서명)"으로 이동하세요

환자/책임 당사자 서명	날짜 (년, 월, 일)
환자가 아닌 경우, 본 양식을 작성하는 자의 이름	날짜 (년, 월, 일)