



존스홉킨스 병원
Financial Assistance Application

포함할 양식

재정 지원 신청서(포함)

동봉 문서:

1. 작년 세금 신고서 사본. (결혼하여 별도로 신고한 경우, 양쪽 신고서 사본을 모두 제출하세요).
2. 최근 삼(3)개월 월급 명세서 사본, 고용주로부터 받은 편지 또는 고용 상태 증명.
3. 해당 연도 사회보장수당 수령 통지서 사본(해당되는 경우).
4. 의료 지원 또는 사회 보장 수당 사본.
5. 전화 요금 청구서, 공과금, 임대료/모기지 납부금 사본 등 신청서에 기록된 월 생활비 증빙 자료.
6. 미납 의료비 사본.
7. 모든 의료 보험 카드 사본.
8. 신분증, 운전면허증, 출생증명서 또는 합법적인 영주권(그린 카드) 등 거주지 증명.
9. 해당되는 경우, 자영업자가 세금 신고(손익 포함)를 완료했습니다.
10. 해당되는 경우, 재정 지원을 제공하는 사람이 작성한 무소득 공증 지원서.

우편 주소:

Johns Hopkins Hospital
3910 Keswick Road, Suite S-5100
ATTN: 재정 지원 연락 담당자
Baltimore, MD 21211

이메일: FinancialAssistance@jhmi.edu

전화: 443-997-3067

팩스: 443-769-1250

FINANCE



JOHNS HOPKINS

MEDICINE

Financial Assistance Application

본인 관련 정보

이름 전체:

이름

미들네임

성

사회보장번호 - - - 결혼상태: 미혼 기혼 별거 미국

시민권자 예 아니요 영구 거주민 여부 예 아니요

집 주소:

전화번호

도시

주

우편번호

국가

고용주 이름: 전화번호

근무처 주소:

도시

주

우편번호

가구회원:이름

이름

이름

이름

이름

이름

이름

이름

이름

이름

본인

나이

관계

나이

관계

나이

관계

나이

관계

나이

관계

나이

관계

나이

관계

나이

관계

의료 지원을 신청하셨나요?

그렇다면 신청한 날짜는 언제인가요?

그렇다면 어떤 결정이 내려졌나요?

예 아니요

주 또는 카운티의 지원을 받고 있나요?

예 아니요

I. 가족 소득

모든출처로부터의월소득 금액을기재하세요. 소득, 자산, 지출에 대한 증빙을 제출해야 할 수도있습니다. 소득이 없는 경우, 숙소와 식사를 제공하는 사람이 보낸 편지를 제출하세요.

	월별 금액
고용 퇴직/연금 혜택 사회	_____
보장 혜택 공공 지원 혜택	_____
장애 혜택 실업 혜택 재향	_____
군인 혜택	_____
위자료	_____
임대 부동산 소득 파업	_____
수당	_____
군인 혜택	_____
농장 또는 자영업 기타	_____
소득원	_____
	전체 _____

II 유동 자산

	현재 잔액
당좌 예금 계좌	_____
저축 계좌	_____
주식, 채권, CD 또는 머니 마켓	_____
기타 계좌	_____
	전체 _____

III 기타 자산

다음 품목 중 하나라도 소유하고 있다면 그 종류와 대략적인 가치를 기재해 주세요.

집	대출 잔액	대략적인 가치
자동차	브랜드 _____	제조년도 _____
추가 차량	브랜드 _____	제조년도 _____
추가 차량	브랜드 _____	제조년도 _____
기타 재산		대략적인 가치 _____
		총금액 _____

임대료 또는 모기지	_____
유틸리티	_____
자동차 결제	_____
신용 카드(들)	_____
자동차 보험	_____
건강 보험	_____
기타 의료비	_____
기타 비용	_____
다른 미납 의료비가 있으신가요?	예 아니요
어떤 서비스에 대한 미납인가요?	_____
결제 플랜을 예약한 경우인가요? 월 납부액은 얼마인가요?	_____

의료 재정적 어려움 지원 자격의 경우:

이 신청일 이전 12개월 동안의 가족 소득:

이 신청일 이전 십이(12)개월 동안 존스 홉킨스에서 발생한 의료 부채(공동 보험, 공동 부담금 또는 공제액 제외):

서비스 날짜	지불해야 할 금액
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

추정 재정 지원 자격의 경우:

- 1. 환자의 나이는 어떻게 되나요? _____
- 2. 환자가 임신 중인가요? 네 또는 아니요
- 3. 환자에게 본인 집에 살고 있는 21세 미만의 자녀가 있나요? 네 또는 아니요
- 4. 환자가 시각 장애인이거나 12개월 이상 직업 활동을 할 수 없는 잠재적 장애가 있나요? 네 또는 아니요
- 5. 환자가 현재 생활보조금(SSI) 또는 생활보조금(SSDI) 혜택을 받고 있나요? 네 또는 아니요
- 6. 환자(기혼인 경우 배우자)의 총 은행 계좌 또는 현금으로 전환 가능한 자산이 다음 금액을 초과하지 않습니까? 네 또는 아니요

가족 크기:

개인: \$2,500.00
2인: \$3,000.00
가족 구성원이 추가될 때마다 \$100.00를 추가합니다.
(예시: 4인 가족의 경우 총 유동 자산이 \$3,200.00 미만인 경우 '예'라고 대답합니다.)

- 7. 환자가 메릴랜드주 거주자입니까?
메릴랜드주 거주자가 아닌 경우, 환자는 어느 주에 거주합니까? 네 또는 아니요 _____
- 8. 환자가 노숙자입니까? 네 또는 아니요
- 9. 환자가 WIC에 참여하고 있습니까? 네 또는 아니요
- 10. 가구에 무료 또는 할인 점심 프로그램을 이용하는 자녀가 있습니까? 네 또는 아니요
- 11. 가구가 저소득층 에너지 지원 프로그램에 참여합니까? 네 또는 아니요
- 12. 환자가 SNAP/푸드 스탬프를 받습니까? 네 또는 아니요
- 13. 환자가 Healthy Howard, Chase Brexton에 등록되어 있습니까? 네 또는 아니요
- 14. 환자가 카톨릭 자선단체, 모빌 메드, 몽고메리 카운티 암 크루세이드, 프라이머리 케어 콜리션, 몽고메리 케어스 프로젝트 액세스 또는 프로헬토 살루드로부터 추천 받았습니까? 네 또는 아니요
- 15. 환자가 현재 가지고 있는 질병이 있습니까:
의료 지원 약국 전용 QMB/SMLB 네 또는 아니요
- 16. 환자가 고용된 상태인가요?
아닌 경우, 실업 상태가 된 날짜. 네 또는 아니요
COBRA 건강 보험 혜택을 받을 자격이 있습니까? 네 또는 아니요

네 또는 아니요 _____

네 또는 아니

제출된 모든 서류는 이 신청서의 일부가 됩니다.

귀하가 추가 재정 지원 연장을 요청하는 경우, JHM은 추가 결정을 내리기 위해 추가 정보를 요청할 수 있습니다. 이 양식에 서명함으로써 귀하는 제공된 정보가 사실임을 증명하고 제공된 정보가 변경될 경우 변경일로부터 10일 이내에 JHM에 통보하는 데 동의하는 것입니다. 신청서에 제출된 모든 정보는 본인이 알고 있는 지식, 정보 및 신념에 따라 진실하고 정확합니다.

신청자 서명

날짜

환자와의 관계

