

경제적 어려움 신고 양식
(연 가구 총 소득 및 부양가족 기준)

환자 성명: _____ 출생일: _____
성 이름

배우자/동거인: _____
성 이름

환자 주소: _____
우편/도로 주소
_____ 도시 주 우편번호

연 가구 총 소득 \$ _____
가구 구성원 수(환자, 환자의 배우자/동거인 및 부양가족) 성인: _____ 미성년자: _____

보험플랜: _____

환자 공제/본인부담금/공동보험: _____

이 치료는 WC, MVA 또는 책임 청구에 의한 것입니까? 예 아니요

그렇다면, 변호사가 있습니까? 예 아니요

변호사 이름: _____ 전화번호: _____

판단을 할 수 있도록 신청서와 함께 소득 관련 서류를 반드시 제출해야 합니다. 필요한 소득 관련 서류에는 가장 최근의 연방소득세 신고서 및 모든 가구 구성원의 소득 증빙으로 다음을 포함하나 이에 국한되지는 않습니다. 최근 3 개월의 급여명세, 사회보장 명세서, 장애 또는 은퇴연금 등. 연방소득세 신고서를 제출하지 않아도 되는 경우, MEDICARE 환자는 지급 받은 총 월 금액을 볼 수 있도록 현재 연도에 대한 사회보장 명세서 사본을 제출할 수도 있습니다. 결정을 내리기 위해 추가 정보가 요청될 수도 있습니다.

아래 서명한 본인은 상기 정보가 사실이며 정확함을 확인합니다. 본인은 만약 본인이 허위 또는 부정확한 정보를 제공할 경우, Select Medical 의 재량에 따라 최소 1 년의 기간 동안 경제적 어려움 프로그램에 신청하거나 참여하지 못하게 됨을 알고 있습니다. 또한 본인은 추가 정보가 경제적 어려움에 영향을 미치는 것으로 판정되는 경우 면제 금액이 변경될 수도 있음을 알고 있습니다.

_____ 부모/보호자 서명 이름(정자체) 날짜

_____ 증인 서명 이름(정자체) 날짜

경제적 어려움을 기준으로 한 면제 금액(CBO 가 작성) _____ %

_____ CBO 클라이언트 서비스 수퍼바이저 승인 서명 이름(정자체) 날짜

CBO 클라이언트 서비스 매니저 승인 서명

이름(정자체)

날짜

센터

환자 계정 번호

데이터베이스