

대외비

모든 항목을 빠짐없이 기입해 주시기 바랍니다. 해당하지 않는 항목에는 공란에 "NA"라고 기입해 주십시오. 필요 시, 추가 페이지를 첨부해 주십시오.\*

### 선별 정보

통역사가 필요하십니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 '예'일 경우, 선호 언어를 기입하십시오: _____
환자가 메디케이드(Medicaid)를 신청했습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
환자가 TANF, Basic Food, WIC 등 이런 정부 공공 서비스를 받으니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
환자가 현재 노숙자입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
환자가 자동차 사고 또는 직업성 손상 관련으로 의료 서비스를 필요로 합니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요

### 참고 사항

- 귀하가 재정 지원을 신청하시더라도 받을 수 있는 자격이 된다고 저희는 보장할 수 없습니다.
- 귀하의 신청서를 일단 제출하시면, 저희가 신청서에 기재된 모든 정보를 확인하고 추가 정보나 소득 증명서를 요청할 수 있습니다.
- 귀하가 작성한 신청서와 서류를 저희가 접수한 후 14일 이내, 귀하가 재정 지원을 받을 수 있는 자격이 되는지 여부를 알려 드릴 것입니다.

### 환자 및 신청자 정보

이름(first name)		가운데 이름(middle name)		성(last name)	
<input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여 <input type="checkbox"/> 기타 (구체 사항 기입 _____ )		생년월일		계정 번호	
대금 지불 책임자		환자와의 관계	생년월일	소셜시큐리티번호(Social Security #)(선택사항)	
우편 주소				주 연락 번호 ( ) _ ( ) _ 이메일 주소:	
City(시)	State(주)	ZIP code(우편번호)			
대금 지불 책임자의 고용 상태					
<input type="checkbox"/> 재직중 (고용 일자: _____ )		<input type="checkbox"/> 실업자 (실업 기간: _____ )			
<input type="checkbox"/> 자영업자 <input type="checkbox"/> 학생		<input type="checkbox"/> 장애인 <input type="checkbox"/> 은퇴자		<input type="checkbox"/> 기타( _____ )	

### 가족 사항

귀하를 포함해 귀 가구의 가족 인원 수를 기입하십시오. "가족"이란 출생, 결혼, 또는 입양에 의해 관계가 있어 함께 사는 사람들을 포함합니다.

가족 수

필요시 추가 페이지를 첨부하십시오

성명	생년월일	환자와의 관계	18세 이상의 경우: 고용주명 또는 소득원	18세 이상의 경우: 총 월수입 (세금전 금액):	재정 지원 신청 여부?
					예/아니요
					예/아니요
					예/아니요
					예/아니요

방문하신 시설의 소재지를 표시하십시오:

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> 멀티케어 푸젯 사운드 병원(MultiCare Puget Sound Hospitals) | <input type="checkbox"/> 멀티케어 인랜드 노스웨스트 병원(MultiCare Inland Northwest Hospitals) | <input type="checkbox"/> 우드크릭 소아과(Woodcreek Pediatrics) |
| <input type="checkbox"/> 멀티케어 푸젯 사운드 클리닉(MultiCare Puget Sound Clinic)   | <input type="checkbox"/> 멀티케어 로크우드 진료소(MultiCare Rockwood Clinic)                | <input type="checkbox"/> ABC 진료소(ABC Clinics)           |

\* 2018년 3월 1일부터 멀티케어 즉각 클리닉(MultiCare Immediate Clinics), 멀티케어 인디고 긴급치료소(MultiCare Indigo Urgent Care), 멀티케어 긴급치료 클리닉(MultiCare Urgent Care Clinic) 진료 방문은 더 이상 멀티케어의 재정 지원 프로그램의 혜택을 받을 수 없습니다.

- 올림픽 스포츠 및 척추(Olympic Sports & Spine)

# 재정 지원 신청서(Financial Assistance Application Form) - 대외비

(계속)

## 소득 정보

**참고: 귀하의 신청서에 소득 증명서를 반드시 포함하셔야 합니다.**

귀 가족의 소득 관련 정보를 제공하셔야 합니다. 소득원은 예를 들어 다음의 항목을 포함합니다:

- - 급여 - 실업 수당 - 자영업 - 산재보상 - 장애인 수당 - SSI - 자녀 양육비/배우자 부양비
- - 워크 스터디(Work Study) 프로그램(학생) - 연금 - 퇴직금 분배계정(Retirement account distribution) - 기타  
(구체 사항 기재)

재정 지원 여부를 결정하기 위해 소득 검증이 요구됩니다.

**18세 이상의 가족 구성원의 소득을 전부 공개해야 합니다. 증빙 서류를 제공할 수 없을 경우, 귀하의 소득을 설명하는 서명한 진술문을 제출할 수 있습니다. 파악된 모든 소득원에 대한 증명서를 제공해 주십시오.**

**소득 증명서의 예:**

- "W-2" 근로소득원천징수 명세서, 또는
- 현재 급여 명세서(3개월 치), 또는
- 작년 소득세 신고서, 해당 시 스케줄 포함, 또는
- 고용주 또는 타인이 서명한 서면 진술문, 또는
- 실업 수당(unemployment compensation)에 대한 자격 여부 승인 또는 반려

소득 증명서나 소득이 없을 경우, 이에 대한 설명을 기술한 추가 페이지를 첨부하십시오.

## 추가 정보

저희에게 알리고 싶은 귀하의 재정 현황에 관한 기타 정보, 즉 재정적 곤란, 계절에 따른 또는 일시 수입, 또는 개인적 손상 등이 있을 경우 이를 설명하는 추가 페이지를 첨부해 주십시오.

## 환자 동의

재정 지원 또는 납부 계획에 대한 자격 여부를 결정하기 위해 신용 정보를 검토하고 기타 근원으로부터 정보를 획득함으로써 멀티케어 보건의료 체계(MultiCare Health System)가 정보 검증을 실행할 수 있음을 나는 숙지합니다.

내가 알고 있는 한도에서, 상기 정보가 진실되고 정확하다는 것을 확인합니다. 내가 제공한 정보에 허위가 있는 것으로 판정될 경우, 결과적으로 재정 지원이 거부되고 제공 받은 서비스에 대한 대금의 전액 지불의 책임은 나에게 있으며 내가 지불해야 함을 나는 숙지합니다.

신청자 서명

날짜