

FINANCE



JOHNS HOPKINS
M E D I C I N E

Johns Hopkins Medicine
재정 지원 신청서

첨부된 양식을 작성하여 아래 명시된 서류와 함께 제출해 주시기 바랍니다.

포함할 양식

재정 지원 신청서(첨부)

포함할 서류:

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 실업 상태 증명.
1. 사회보장수당 수령 통지서 사본(해당되는 경우)
2. 의료 지원(Medical Assistance) 또는 사회 보장(Social Security) 결정서 사본.
3. 전화 요금 청구서, 전기/수도 요금 청구서, 임대료/모기지 납부금 사본 등 신청서에 기록된 월 생활비 증빙 자료.
4. 미납 의료비 사본.
5. 모든 의료 보험 카드 사본.
6. 신분증, 운전면허증, 출생증명서 또는 합법적인 영주권(그린 카드) 등 거주지 증명.

다음 주소로 정보를 보내주세요:

3910 KESWICK ROAD, SUITE S-5100
ATTN: FINANCIAL ASSISTANCE LIASON(재정
지원 책임처)BALTIMORE, MD 21211

우편 주소:

3910 Keswick Rd, Suite S-5100
ATTN: Financial Assistance Liaison
Baltimore, MD 21211

이메일: financialassistance@jhmi.edu

전화: 443-997-3067

팩스: 443-769-1250

고용	_____
퇴직/연금 혜택	_____
사회보장 혜택	_____
공공부조 혜택	_____
장애 혜택	_____
실업 혜택	_____
재향군인 혜택	_____
위자료	_____
임대 부동산 소득	_____
파업 수당	_____
군인 수당	_____
농장 또는 자영업	_____
기타 소득원	_____
전체	_____

월별 금액

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 _____	대략적인 가치 _____
추가 차량	브랜드 _____ 제조년도 _____	대략적인 가치 _____
추가 차량	브랜드 _____ 제조년도 _____	대략적인 가치 _____
기타 재산		대략적인 가치 _____
		전체 _____

IV. 월별 비용

임대료 또는 모기지 _____

유틸리티 _____

자동차 할부금) _____

신용 카드(들) _____

자동차 보험 _____

건강 보험 _____

기타 의료비 _____

기타 비용 _____

다른 미납 의료비가 있으신가요? 네 아뇨

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

가족 크기:

개인: \$2,500.00

두 사람: \$3,000.00

가족 구성원이 추가될 때마다 \$100.00 를 추가합니다.

(예시: 4 인 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 아뇨 |
| 8. 환자가 노숙자입니까? | 네 또는 아뇨 |
| 9. 환자가 WIC 에 참여하고 있습니까? | 네 또는 아뇨 |
| 10. 가구에 무료 또는 할인 점심 프로그램을 이용하는 자녀가 있습니까? | 네 또는 아뇨 |
| 11. 가구가 저소득층 에너지 지원 프로그램에 참여합니까? | 네 또는 아뇨 |
| 12. 환자가 SNAP/푸드 스탬프를 받습니까? | 네 또는 아뇨 |
| 13. 환자가 Healthy Howard, Chase Brexton 에 등록되어 있습니까? | 네 또는 아뇨 |
| 14. 가톨릭 자선 단체(Catholic Charities), 모바일 메드(Mobile Med), 몽고 암 십자군(Montg Co Cancer Crusade)에서 Sh 에 환자에 대해 의뢰했습니까?
1 차 진료 연합(Primary Care Coalition), 몽고메리 케어스(Montgomery Cares), 프로젝트 액세스(Project Access), 또는 프루엑토 살루드(Proyecto Salud)? | 네 또는 아뇨 |
| 15. 환자가 현재 가지고 있는 질병이 있습니까:
의료 지원 약국 전용
QMB/SMLB | 네 또는 아뇨
네 또는 아뇨 |
| 16. 환자가 고용된 상태인가요?
아닌 경우, 실업 상태가 된 날짜.
COBRA 건강 보험 혜택을 받을 자격이 있습니까? | 네 또는 아뇨
네 또는 아뇨 |

제출된 모든 서류는 이 신청서의 일부가 됩니다.

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

신청자 서명

날짜

환자와의 관계