



Carolinas HealthCare System

보험 커버리지 보조 및 재정 보조 신청서

계약 번호	
서비스 날짜	

본 양식의 목적은 환자의 CHS 병원 의료비에 대한 재정 보조 혜택 자격 여부를 결정하는데에 필요한 정보를 재정 상담과에 제공하는 것입니다. 완전한 평가를 위해, 본 양식을 빠짐 없이 완전히 기재해 주십시오.

환자의 신상 통계 자료

환자 이름	생년 월 일	소셜 시큐리티 번호	결혼 상태
주소	시, 주 및 우편 번호	본 주소에서 거주 기간	카운티
귀하가 거주하고 있는 집 주소가 우편물 주소와 다르면, '우편물 주소'를 하기에 기입하여 주십시오.			
우편물 주소	시, 주 및 우편 번호	본 주소에서 거주 기간	카운티
집 전화번호	핸드 폰 번호	긴급 상황시 연락인 이름	전화번호
출생 시 및 주	시민권 상태	미국에 거주 시작한 연도	관련 서류 사본? <input checked="" type="checkbox"/> 네 <input type="checkbox"/> 아니오

의료 보험 정보

의료보험 회사 – 제 1 보험	보험 계약자 이름	보험번호	보험 그룹 번호	발효일
의료보험 회사 – 제 2 보험	보험 계약자 이름	보험번호	보험 그룹 번호	발효일

모든 가족 구성원 사항을 하기에 기입하십시오

이름	생년 월 일	출생지	소셜시큐리티 #	환자와의 관계	성별	인종
1						
2						
3						

모든 가족 구성원 사항을 하기에 기입하십시오 (1 면에서 계속)

이름	생년 월 일	출생지	소셜시큐리티 #	환자와의 관계	성별	인종
4						
5						
6						
7						

가족수가 7인 이상이면, 본 양식 6페이지에 'notes' 부분에 기입하십시오.

학력, 직장 경력 및 군대 경력		환자 (환자가 미성년일 경우 모친)	배우자 (환자가 미성년일 경우 부친)
학력	졸업한 최고 학력		
	기술		
현 직장	현재 실직 (대답이 '네'이면 네모칸에 체크 표시)	<input type="checkbox"/> '전 직장' 섹션에 기입	<input type="checkbox"/> '전 직장' 섹션에 기입
	회사 이름 및 주소		
	직위 / 업무 또는 작업의 유형		
	직장 전화번호		
	상관/수퍼바이저 이름		
	고용일		
	수입 및 임금 지불 체계	___ 근무시간/주 \$ ____/시간 ___ 근무일 수/주 \$ ____/하루 커미션 \$ ____/달 연간 \$ ____	___ 근무시간/주 \$ ____/시간 ___ 근무일 수/주 \$ ____/하루 커미션 \$ ____/달 연간 \$
전 직장	회사 이름 및 주소		
	직위 / 업무 또는 작업의 유형		
	고용일		
	수입 및 임금 지불 체계	___ 근무시간/주 \$ ____/시간 ___ 근무일 수/주 \$ ____/하루 커미션 \$ ____/달 연간 \$	___ 근무시간/주 \$ ____/시간 ___ 근무일 수/주 \$ ____/하루 커미션 \$ ____/달 연간 \$

COBRA 코브라	가족 구성원이 지난 60 일 이내에 직장을 잃었습니까?	<input type="checkbox"/> 네 <input type="checkbox"/> 아니오		
	그 가족이 COBRA 선택 통지를 받았습니까?	<input type="checkbox"/> 네 <input type="checkbox"/> 아니오		
	그 가족이 COBRA 보험을 선택했습니까?	<input type="checkbox"/> 네 <input type="checkbox"/> 아니오		
	그 가족이 COBRA 보험을 선택하지 않았으면, 하나를 체크해주세요. <input type="checkbox"/> 보험료가 너무 비싸다 <input type="checkbox"/> 새 보험			
군 복무	군 종류	입대 일	계급	군번

보험 정보

생명 보험	보험 회사	보험 계약자	액면가	보험 종류	현금 가치
장례 보험/계약	보험 회사	보험 계약자	액면가	현금 가치	해제 가능?

수입 (3 개월 기록)	환자 (환자가 미성년일 경우 모친)			배우자 (환자가 미성년일 경우 부친)		
	지난 달	2 개월 전	3 개월 전	지난 달	2 개월 전	3 개월 전
임금						
연금/퇴직금						
사회보장 퇴직 연금						
사회보장 장애 혜택금						
생활 보조금						
재향군인 연금						
실업수당						
양육비						
Food Stamps (식품 구입권)						
기타 (Workfirst 등)						
진술 확인	소득을 확인하기 위한 월급명세서/증명서가 있습니까? <input type="checkbox"/> 네 <input type="checkbox"/> 아니오			소득을 확인하기 위한 월급명세서/증명서가 있습니까? <input type="checkbox"/> 네 <input type="checkbox"/> 아니오		

지출	(이름)을 위한 지출	지출 금액	수취인 (이름 및 주소)
양육비/탁아비			
위자료			

진술 확인	본인은 지난 <u> </u> <input type="checkbox"/> 달 <input checked="" type="checkbox"/> 년 동안 실직해 있었음을 이에 확인합니다. 실직으로 인하여, 본인은 _____ 관계인 _____로부터 식량, 주거지 그리고 의복을 조달		
별			

부동산	주소	소유권	재산세	대출잔액	모기지 회사
제 1 주거지		<input type="checkbox"/> 소유 <input type="checkbox"/> 임대			
다른 부동산		<input type="checkbox"/> 소유 <input type="checkbox"/> 임대			
다른 부동산		<input type="checkbox"/> 소유 <input type="checkbox"/> 임대			
다른 부동산		<input type="checkbox"/> 소유 <input type="checkbox"/> 임대			

자산	종류/모델	소유권	재산세	대출 잔액	은행/대출기관
자동차	1	<input type="checkbox"/> 소유 <input type="checkbox"/> 임대			
	2	<input type="checkbox"/> 소유 <input type="checkbox"/> 임대			
	3	<input type="checkbox"/> 소유 <input type="checkbox"/> 임대			
모터 사이클	1	<input type="checkbox"/> 소유 <input type="checkbox"/> 임대			
	2	<input type="checkbox"/> 소유 <input type="checkbox"/> 임대			
보트	1	<input type="checkbox"/> 소유 <input type="checkbox"/> 임대			
	2	<input type="checkbox"/> 소유 <input type="checkbox"/> 임대			
트레일러/레저용 자동차(RVs)	1	<input type="checkbox"/> 소유 <input type="checkbox"/> 임대			
	2	<input type="checkbox"/> 소유 <input type="checkbox"/> 임대			
상기에 구분 목록된 것 외에 다른 자산이 있으시면, 본 양식 6 페이지에 있는 'notes' 섹션에 기입해 주십시오.					

은행 계좌/투자		기관	잔액	계좌 번호	예금주(들)
당좌예금 계좌	1				<input type="checkbox"/> 환자 <input type="checkbox"/> 배우자 <input type="checkbox"/> 공동
	2				<input type="checkbox"/> 환자 <input type="checkbox"/> 배우자 <input type="checkbox"/> 공동
은행 계좌/투자 (계속)		기관	잔액	계좌 번호	예금주(들)
저축예금 계좌	1				<input type="checkbox"/> 환자 <input type="checkbox"/> 배우자 <input type="checkbox"/> 공동
	2				<input type="checkbox"/> 환자 <input type="checkbox"/> 배우자 <input type="checkbox"/> 공동
예금증서 (CDs)					
401K / IRA					
주식/채권					
기타 (신탁기금 등)					

의료비	환자는 지난 2년 동안 미지불 의료비가 있습니까?	<input type="checkbox"/> 네 <input type="checkbox"/> 아니오	총 금액
-----	-----------------------------	---	------

확인 및 서명				
본인은 본 환자 재정 진술서에 제공된 정보는 본인이 아는 한 진실이며, 정확하고 완전한 정보임을 확인하는 바입니다. 본인은 병원이 이 제공된 정보를 확인하기 위하여 어느 개인, 회사 또는 기관에 연락하는 것을 허락하며, 또한 연락된 모든 개인, 회사 또는 기관이 요청된 저의 모든 재정 정보를 병원에 제공하는 것을 허락합니다.				
서명:	환자와의 관계:		날짜	
증인 서명:	환자와의 관계:		날짜	

For Financial Counseling Personnel 재정 상담 직원에 의해 작성				
Form Completed By (name)	Date	Form Completed via: Bedside Interview	Phone Interview	Mail-in
Based on the information provided, the patient may be eligible for the following program(s): COBRA Victim's Assistance Medicaid - program(s) _____			Assigned to Financial Counselor (name): IHF Financial Assistance	

완전히 작성된 신청서를 하기 주소로 보내십시오:

CHS System Business Office
Attention: Financial Counseling
PO Box 32861
Charlotte, NC 28232