



환자 이름:  
계좌 번호:

고객님의 치료를 위해 Community Medical Centers 를 이용해주셔서 감사합니다.

경제적 어려움을 겪으실지 몰라 재정 지원 신청서를 동봉해 드립니다. 신청을 원하시면 신청서를 작성하여 영업일 기준 다음 15 일 이내에 제출해 주십시오. 신청서와 함께 다음 서류의 사본을 동봉하십시오.

가구 내 모든 가족 구성원의 소득 증명:

1. 최근 급여명세서 3 개, W-2 또는 최근 작성한 소득 신고서 또는
2. 자영업자의 경우 최근 작성한 소득 신고서(schedule C 포함) 제공 또는
3. 미취업자의 경우 실업 수당 명세서 동봉 또는
4. 은퇴/연금 명세서(해당하는 경우) 또는
5. 공공 지원을 받는 경우, 다음 정부 프로그램 중 하나에 해당하는 자격/현재 등록 상태 증명  
제공: Medicare Savings Program, Cal WORKS, Cal Fresh(푸드스탬프), SSI/SSP  
(생활 보조금/주 정부 추가 보조금) 또는 WIC(여성, 유아, 어린이)

의료보험에 가입한 환자는 지난 12 개월 동안 의료비로 가족 수입의 10% 이상이 지불되었거나 또는 미지불 상태임을 증명하는 서류도 반드시 제공해야 합니다. 현재 지불해야 할 모든 금액, 의료비 청구서/영수증, 약국 및 의료보험료가 10%에 포함될 수 있습니다.

Community Medical Centers 는 지역 사회를 위해 봉사합니다. 여러분이 필요로 한 시기에 도움을 드릴 수 있어 기쁘게 생각합니다.

이 계정 또는 필수 서류와 관련한 문의 사항이 있는 경우 (559) 459-3939 번으로 전화하거나 (800) 773-2223 번으로 전화 후 3 번을 선택하십시오. 작성이 미흡한 신청서는 처리될 수 없습니다.

작성 후 서명한 신청서와 서류를 우편으로 아래 주소로 보내거나 또는 팩스 (559) 230- 8505 번으로 보내주십시오.

Patient Financial Services  
Community Medical Centers  
PO Box 1232  
Fresno, CA 93715-9889

신청서 전달/우편 발송 날짜 \_\_\_\_\_ 신청서 제출인 \_\_\_\_\_

### CMC 재정 지원 신청서

환자 이름	환자 계좌 번호 #
	의료 기록 번호 #

I. 환자 / 보호자	
성	이름 중간 이름 이니셜
상세 주소	소셜 시큐리티 번호
	집 전화
	휴대폰
고용주 이름	직장 전화
	총 월 수입 \$

II. 배우자 / 동거 파트너	
성	이름 중간 이름 이니셜
상세 주소	소셜 시큐리티 번호
	집 전화
	휴대폰
고용주 이름	직장 전화
	총 월 수입 \$

III. 가구 정보		
배우자, 동거 파트너, 부양하고 있는 21세 미만 어린이. 부모가 미성년자인 경우, 양쪽 부모, 양육 제공 친척 및 (21세 미만 형제자매) 정보 모두 기재		
성명	생년월일	관계
가구 내 총 인원:		

<b>IV. 월간 총 수입</b>	
부모 / 보호자 월 수입	\$
배우자/동거 파트너 월 수입(있는 경우)	\$
은퇴 수입	\$
수령한 이혼 수당/양육비	\$
실업 또는 산재 수당	\$
사회보장 연금/사회보장 장애 연금	\$
기타 수입	\$
이혼 수당/양육비를 지급한 경우 여기에서 차감	-\$
<b>월간 총 수입 합계</b>	<b>= \$</b>

<b>V. 기타 정보</b>		
	예	아니요
18 세 이상이며 부모의 소득세 신고에 부양 가족으로 등록되었나요?		
다음 프로그램 중에 등록하신 게 있습니까? Medicare Savings Program, Cal WORKS, Cal Fresh(푸드스탬프), SSI/SSP(생활 보조금/주 정부 추가 보조금) 또는 WIC(여성, 유아, 어린이)		
건강 보험에 가입하셨습니까?		
자동차 사고, 낙상 사고 등 제 3 자로 인해 발생한 부상 치료를 위해 병원에 오셨습니까?		
Medi-Cal 또는 Medicare 를 신청하셨습니까?		
Covered California 를 신청하셨습니까?		

<b>미흡하거나 거짓으로 신청하는 경우 거부됩니다</b>
<p>본 재정 신고서를 작성하며 본인은 상기 신고서가 올바르고 완전하다는 것을 증명하고, <b>COMMUNITY MEDICAL CENTERS</b> 에서 추가 조사를 수행하는 데 동의합니다.</p> <p>서명: _____</p> <p>정자체 이름: _____</p> <p>날짜: _____</p> <p>환자 본인이 아닌 경우 관계: _____</p>

작성한 신청서와 서류를 우편으로 아래 주소지로 보내거나 또는 팩스 (559) 230-8505 번으로 보내주십시오.

Patient Financial Services  
Community Medical Centers  
PO Box 1232  
Fresno, CA 93715-9889