



321 GENESEE ST, ONEIDA, NEW YORK 13421

재정 지원 프로그램 신청서

퇴원일로부터 120일 이내에 재정 지원을 신청해야 합니다. 요청된 모든 서류와 함께 작성된 양식은 30일 이내에 비즈니스 사무실에 반환해야 검토됩니다. 이 응용 프로그램은 6개월의 예상 기간을 다룰 것입니다.

성: _____ 먼저 _____ 중간 이니셜: _____
주소: _____ 도시 국가 _____ 우편 번호 _____
환자 생년월일: ____/____/____ 사회 보장 _____
집 전화(____) _____ 고용주 _____

수입 검증: 필수

- () 가장 최근의 세금 보고서 () 2개월 기간 급여 스텝 () 이익 진술
() 기타 (구체적으로 명시) _____ 메디 케이드 거부 (해당되는 경우) _____

이 신청서와 함께 소득 증명을 반환하지 않으면 재정 지원이 지연되거나 거부됩니다.

세대수 _____

환자/보증인 총 소득 \$ _____

배우자 총소득(해당되는 경우)\$ _____

총소득에 포함되지 않은 사회보장지급\$ _____

연금및연금은총소득에 포함되지 않습니다.\$ _____

기타 소득: (지정하십시오) Ex: 위자료, 자녀 양육비 등. \$ _____

총 가족 소득\$ _____

(소득이 연방 빈곤 지침에 미달하는 경우 메디케이드 신청을 요청받을 수 있습니다.)

서비스 날짜	환자 이름	계정 번호	균형

본인은 위의 정보가 제 지식에 가장 충실하고 정확하다는 것을 증명합니다. 또한 병원 요금 지불을 위해 나에게 제공 될 수 있는 지원 또는 제 3 자 지불 (메디케어, 메디 케이드, 보험 등)을 신청할 것입니다. 본인은 그러한 지원을 받기 위해 합리적으로 필요한 조치를 취할 것이며, 그러한 지불이 접수된 시기에 관계없이 이 신청서의 대상이 되는 요금에 대해 회수된 금액을 병원에 할당하거나 지불할 것입니다. 본인은 이 신청서가 Oneida Health의 재정 지원 프로그램에 따라 서비스에 대한 자격을 확립하기 위한 목적으로 만들어진 것을 이해합니다. 이 신청서와 관련하여 제공한 정보가 나중에 잘못된 것으로 판단되는 경우, 재정 지원 프로그램의 자격은 올바른 정보에 따라 재평가되며 이전에 자격이 있다고 간주된 서비스의 지불에 대한 책임이 있을 수 있습니다.

환자와의 관계(s) _____ 서명 _____ 데이트 ____/____/____

비즈니스 오피스는 월-금 오전 9시부터 오후 3시까지 운영됩니다. 이 응용 프로그램에 관한 질문이있는 경우 315-361-2230으로

전화하십시오. 감사합니다