

FINANCE



JOHNS HOPKINS
M E D I C I N E

Johns Hopkins Medicine

재정 보조 신청

첨부된 양식을 작성해 아래 명시된 서류와 함께 제출해 주시기 바랍니다.

포함할 양식:

재정 보조 신청서(첨부)

포함할 서류:

1. 작년 세금 신고서 사본. (기혼자로서 부부가 별도로 신고한 경우, 두 개의 세금 신고서 사본을 모두 제출해 주십시오).
2. 최근 3 개의 급여 명세서 사본, 고용주로부터 받은 서신 또는 실업 상태 증명.
 1. 사회보장 수당 서신 사본(해당하는 경우)
 2. 의료 보조 또는 사회보장 결정서 사본
3. 신청서에 기재한 월 생활비 증명(예: 전화 요금 청구서, BG&E 청구서, 임대료/모기지 납부 사본)
4. 미납 의료비 사본
5. 모든 의료보험 카드 사본
6. 거주지 증빙(예: ID 카드, 운전면허증, 출생증명서, 합법적 영주권(그린카드)).

다음 주소로 정보를 보내 주십시오. ATTN:
REIMBURSEMENT DEPARTMENT
5901-A HOLABIRD AVENUE BALTIMORE,
MD 21224

추정적 재정 보조 자격:

- 1. 환자의 나이는? _____
- 2. 환자가 임신 중입니까? 예 또는 아니요
- 3. 환자에게 함께 거주하는 21 세 미만 자녀가 있습니까? 예 또는 아니요
- 4. 환자에게 시각 장애가 있거나 12 개월 이상 유급 직업 활동을 할 수 없는 잠재적 장애가 있습니까? 예 또는 아니요

- 5. 환자가 현재 SSI 또는 SSD 수당을 받고 있습니까? 예 또는 아니요
- 6. 다음 금액을 초과하지 않는 환자(및 기혼인 경우 배우자)의 총 은행 계좌 또는 현금으로 전환 가능한 자산이 습니까? 예 또는 아니요

가족 규모:

개인: \$2,500.00
2 인: \$3,000.00
추가 가족 구성원 1 인당 \$100.00 추가
(예: 4 인 가족의 경우, 총 유동 자산이 \$3,200.00 미만인 경우 '예'라고 답합니다.)

- 7. 환자가 메릴랜드주 거주자입니까?
메릴랜드 거주자가 아닌 경우, 환자는 어느 주에 거주합니까? _____ 예 또는 아니요
- 8. 환자가 노숙인입니까? 예 또는 아니요
- 9. 환자가 WIC 에 참여하고 있습니까? 예 또는 아니요
- 10. 가구에 무료 또는 할인 급식 프로그램을 이용하는 자녀가 있습니까? 예 또는 아니요
- 11. 가구가 저소득 에너지 보조 프로그램에 참여하고 있습니까? 예 또는 아니요
- 12. 환자가 SNAP/푸드스탬프를 받습니까? 예 또는 아니요
- 13. 환자가 헬시 하워드(Healthy Howard), 체이스 브렉스턴(Chase Brexton)에 등록되어 있습니까? 예 또는 아니요
- 14. 가톨릭 자선단체, Mobile Med, Montg Co Cancer Crusade, Primary Care Coalition, Montgomery Cares, Project Access, 또 Proyecto Salud 에서 환자를 SH 에 의뢰했습니까? 예 또는 아니요
- 15. 환자가 현재 다음을 보유하고 있습니까?
의료 보조 약국 전용 _____ 예 또는 아니요
QMB/SMLB _____ 예 또는 아니요
- 16. 환자가 고용 상태입니까? 예 또는 아니요
아니요인 경우, 실직 상태가 된 날짜. _____
COBRA 건강보험 보장 가입 자격이 있습니까? _____ 예 또는 아니요

제출된 모든 서류는 이 신청서의 일부가 됩니다.

추가 재정 보조를 요청하는 경우, JHM 은 추가 결정을 내리기 위해 추가 정보를 요청할 수 있습니다. 이 양식에 서명함으로써, 귀하는 제공한 정보가 진실임을 확인하고, 제공한 정보에 변경이 있을 경우 변경 후 10 일 이내에 JHM 에 알리는 데 동의하는 것입니다. 신청서에 제공된 모든 정보는 본인이 알고 있는 지식, 정보, 신념에 따라 진실하고 정확합니다.

신청인 서명

날짜