



재정 지원 신청 안내

참고 사항: 이 양식은 캘리포니아 **Medi-Cal** 프로그램 신청서가 아닙니다

CHOC 는 Orange CHOC, CHOC at Mission Hospital, CHOC 클리닉, CHOC 1 차 진료소에서 발생한 병원/의사 비용 감면 요청을 적절히 평가하기 위해 첨부된 신청서와 아래 나열된 증빙 서류를 요구합니다.

신청서의 모든 부분을 작성해 주십시오. 필수 서류로 명시된 모든 문서는 신청서와 함께 제출해야 합니다. 정보가 누락되었거나 필수 증빙 서류 없이 제출된 신청서는 반송됩니다.

주의: 다음 서류는 필수 서류입니다.

이 서류들은 재정 지원 신청서와 함께 제출해야 합니다.

가장 최근 급여 명세서 2 부

전년도 연방 소득세 신고서

다음과 같이 기타 소득을 증빙할 수 있는 서류를 제출해 주십시오:

사업 소득(자영업자)	사회보장
임대 소득	실업 수당
자녀 양육비	산재 보상
위자료	복지수당 / AFDC

소득이 없거나 소득 증빙 서류가 없는 경우, 본인/가족을 어떻게 부양하고 있는지 설명하는 편지를 제출하십시오.

FinancialAssistance@choc.org 로 이메일을 보내서, 신청서와 증빙 서류를 제출할 수 있는 보안 이메일 링크를 받으십시오.

신청서를 작성해서 다음 주소에 우편으로 보낼 수도 있습니다.

CHOC
CHOC Family Payment Center
1201 W. La Veta Ave
Orange, California 92868-3874

자격을 판단하는 데는 최신 연방 빈곤 가이드라인을 이용합니다. 요청 시 CHOC 아동 재정 지원 정책을 확인하실 수 있습니다. 신청과 관련하여 병원에 문의해야 하는 경우 CHOC 가족 재정 자원 센터(Family Financial Resource Center) (714-509-8600)로 전화하십시오.

가족의 의료를 위해 CHOC 를 선택해 주셔서 감사합니다.

환자 정보

환자 이름:		
성별: 남성 ☐ 여성 ☐	계정 번호:	
환자 생년월일:	서비스 날짜:	
보증인 이름:		
주소:		
환자가 의료 보험에 가입되어 있습니까? 예 아니요		
환자가 Medi-Cal 또는 CCS를 신청했습니까? 예 아니요		
가족 구성원 수 / 제출한 소득세당 부양 가족 수: (21세 이하 모든 미성년자 포함)		가구 구성원 연령:

소득 정보

부모 / 보증인 정보	고용주 정보	월 소득 (세금 전)
부모 #1 이름	고용주 이름:	
		\$
부모 #2 이름:	고용주 이름:	
		\$
기타 소득:	소득원:	
		\$
		\$

연간 소득: \$

본인은 제공된 정보가 본인이 아는 한 사실이며 정확함을 보증합니다. 본인은 의료 서비스 비용 지불에 활용할 수 있는 모든 지원(Medi-Cal, Healthy Families, 보험 등)을 이미 보유하고 있거나 앞으로 신청할 것이고, 그러한 지원을 받기 위해 합리적으로 필요한 모든 조치를 취할 것이며, 의료 서비스에 대해 회수된 금액을 병원에 양하거나 지불할 것임을 동의합니다.

본인은 이 신청서가 병원에서 재정 지원 자격을 평가하기 위한 도구라는 것을 이해합니다. 또한 병원에서 신용 보고서 입수를 포함한 방법으로 정보를 확인할 수 있음을 이해합니다. 본인이 제공한 정보가 사실이 아닌 것으로 판명되거나 Medi-Cal, Medicare, 캘리포니아 아동 복지, 기타 프로그램에 대한 추천 절차를 준수하지 않을 경우 재정 지원 프로그램의 지원 대상으로 고려될 수 있는 자격이 박탈될 수 있습니다.

서명:	날짜:
이름:	연락처:
이메일:	