children's health

재정지원 신청서

이 신청서의 작성에 문의 또는 도움이 필요할 경우, 재무상담사에게 (214) 456-8640 으로 연락하시기 바랍니다.

보증인/보호자의 전체 성명 ↓ 계부/계모? ☐ 예 ☐ 아니오

성	이름	중간 이름 이니셜	사회보장번호(SSN)

고용주 성명	직장 전화번호	자택 전화번호	생년월일
	( ) -	( ) -	/ /

자택 주소	시	주	우편번호

기타 보증인/보호자의 전체 성명 ↓ 계부/계모? ☐ 예 ☐ 아니오

성	이름	중간 이름 이니셜	사회보장번호(SSN)

고용주 성명	직장 전화번호	자택 전화번호	생년월일
	( ) -	( ) -	/ /

자택 주소	시	주	우편번호

아래에 자녀(가구내) 전원의 명단을 제시하시기 바랍니다:

성명 성, 이름	사회보장번호 #	생년월일	보험/Medicaid 정보	**업무용 MR#**

임금/급여 보증인 #1 $

임금/급여 보증인 #2 $

자녀 지원 **지출 수납** $

기타(구체적으로 명시하시오) $

합계 $

총합 $

차량	연도/모델	가액
#1		$
#2		$

주택(월 납입액) $

저축 계좌 $

당좌 계좌 $

주식/채권 $ $

기타(구체적으로 명시하시오) $

총합 $

(가구소득의 증빙자료 예로는 연방세금보고 양식 1040, 복지부 양식 1049, 연누계 소득이 나오는 4 매의 급료 지급 수표 부본, 사회보장서 또는 예입 전표, 실업수당서 또는 수표장 부본, 지원서) 지원 대상으로 고려하고자 할 경우에는 해당 문건들을 제공하시기 바랍니다. 특정 상황에서 문건이 준비되어 있지 않을 경우, 구두 증언은 문건 대신에 법적 보호자으로부터 얻어낼 수 있습니다.

☐ 환자의 사회보장카드(해당되는 경우)
☐ 환자의 출생증명서 또는 여권
☐ 가구소득의 증빙서류(위의 예 참고)
☐ 미국 거주 증빙자료(현재의 공공 요금, 전화, 또는 케이블 요금)

Children's Health 는 University of Texas Southwestern Medical Center(텍사스대학교 사우스웨스턴의료원: "UTSW")과 공조하여 UTSW 로부터 전문적인 서비스를 언급한 지원을 Children's Health 의 재정지원 방침(FAP)하에 받게 될 정도와 동일하게 받는 저희의 환자들에게 재정지원을 제공합니다.

보증인/보호자의 서명 일자

FC 서명: 신청서의 유효기간:

***이 신청서에 서명함으로써 본인은 본인이 아는 한, 위의 정보가 사실이며 정확하며 첨부한 어느 문건도 본인의 능력이 닿는 대로 정확하고 완전함을 증명하는 바입니다. 본인은 이번 심사에 대한 정보의 조사를 Children's Health 에 위임합니다. 신청자가 허위 정보를 제출한 것으로 밝혀질 경우, 해당 신청서는 자동적으로 거부될 것입니다.**