



재정 지원 신청 안내

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

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

신청서의 모든 부분을 작성하십시오. 필수 서류로 명시된 모든 서류는 신청서와 함께 제출해야 합니다. 정보가 누락되었거나 필수 증빙 서류 없이 제출된 신청서는 반송됩니다.

주의: 다음 서류는 필수 서류입니다.

본 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 제출하십시오:

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 서신을 제출하십시오.

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

신청서를 작성해서 우편을 통해 다음 주소로 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: (만 21세 이하 모든 미성년자 포함)		가구 구성원 연령:

소득 정보

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

연간 소득: \$

본 양식에 서명함으로써, 저는 재정 지원을 받아 비용을 할인받을 수 있는 자격 여부를 확인하기 위한 목적으로 CHOC에서 제 고용 및 신용 기록을 조회하는 것에 동의합니다. 저는 재정 지원 신청 안내서에 안내된 서류를 제출해야 한다는 점을 이해합니다. 저는 상기 내용이 사실이며 정확하고, 모든 소득을 신고했음을 증명합니다.

저는 본 정보가 CHOC에서 제공되는 서비스에 대한 재정 지원 여부를 결정하는 데 사용되며, 신청서에 기재한 내용은 확인될 수 있고, 고의로 잘못된 정보를 제출할 경우 지원이 거부될 수 있음을 이해합니다.

서명:	날짜:
이름:	연락처:
이메일:	