

재정 지원 신청서

계정 번호 _____

환자 이름: _____

Doylestown 건강 서비스가 제공하는 Doylestown 병원 재정 지원 프로그램에 관심을 가져주셔서 감사합니다. 귀하의 가계 총 소득을 증명할 수 있는 서류를 첨부해 주시기 바랍니다.

가족 수 - 부모(들) 및 모든 부양 자녀를 포함하여 한 가정에 살고 있는 사람의 수 (IRS가 정의한 바와 같음) _____

___ 최근에 직장에서 받은 급여 명세서 3개.

___ 최근의 당좌 예금 및/또는 저축 계좌 명세서 3개.

___ 가장 최근의 소득 신고서 사본.

___ 실업 수당 또는 장애 급여를 설명하는 편지 사본.

___ 자영업 계좌 명세서 및 손익 계산서 사본.

___ 최근의 사회보장 연금 지불 통지서 사본.

___ 연금 혜택

___ 이혼 수당

___ 기타 수입

신청서와 함께 모든 필요 서류를 첨부하지 않으실 경우 재정 지원 결정이 보류되거나 거부될 수 있습니다.

질문 사항이 있으시면 215-345-2198로 저희 환자 정산 & 재정 서비스 사무실에 연락해 주시기 바랍니다.

서명 _____

위의 정보는 본인이 아는 한 틀림 없는 사실임을 증명합니다.

서명 날짜 _____