

## 재정 평가 신청서

### FINANCIAL ASSESSMENT APPLICATION

귀하께서 연방 빈곤 지표(Federal Poverty Income Guidelines)에 따른 재정 지원을 받을 자격이 있다고 판단되시면, 본 양식을 작성하여 아래 명시된 증명 서류와 함께 제출하여 주십시오. *If you think you may be eligible for financial assistance under the Federal Poverty Income Guidelines, please complete this application and return it with the requested documentation listed below.*

**주의: 소득 증명 서류 및 서명이 포함된 지원서를 제출하지 않으면 재정 지원을 받으실 수 없습니다.**  
**NOTE: Financial assistance will not be considered without income proof and the completed application signed.**

아래 명시된 증명 서류 중 본인의 가구(신청자/환자, 배우자/약혼자 및 법적 배우자)에 해당하는 모든 증명 서류를 제출하여 주십시오. *Provide all income verification listed below that applies to your Family Unit (applicant/patient, spouse/significant other and legal dependents).*

1. 최근 3개월 간의 총 소득이 명시된 월급 명세서 또는 고용주의 서한 *Check stubs or statement from your employer indicating the last three (3) months gross income.*
2. 자영업자의 경우, 작년 사업 소득세 보고서(Business Tax Return)와 최근 1/4분기 사업 재정 증명서(Business Financial Statement) 사본. *If self-employed, please provide a copy of your last quarter's Business Financial Statement along with the previous year's Business Tax Return.*
3. 지원 거부 또는 지원 및 지원 금액을 나타내는 실업 증명서. *Unemployment statement showing denial or eligibility and amount receiving.*
4. 사회 보장 혜택 수여 증서 또는 사회 보장 지원금 수표의 사본. (사회 보장 지원금이 통장으로 직접 입금되는 경우, 이러한 소득을 증명할 수 있는 은행 증명서 사본을 제출하셔야 합니다.) *Social security eligibility letter or a copy of your social security check. (If you have direct deposit, we will need a copy of your bank statement showing verification of this income.)*
5. 1월부터 3월까지의 서명이 포함된 작년 소득세 신고서를 제출하실 수 있습니다. 4월부터 12월까지의 현행 년도의 소득세 신고서를 제출하실 수 있습니다. *Previous year's signed income tax return can be accepted from January through March. Current year's tax return is accepted from April through December.*
6. 조지아 주민임을 증명할 수 있는 서류(임대 계약서, 공공 요금 청구서, 재산세 평가 통보서). *Proof of residency in Georgia. (Rental agreement, utility bill, property tax assessment notice.)*
7. 자녀 양육, 위자료, 신탁금 이나 부동산 임대와 같은 기타 소득 증명서. *Proof of any other income source such as child support, alimony, trust funds, or rental property.*
8. 최근 3개월 간 소득이 없을 경우, 다음과 같은 서류를 제출하십시오. *If you have not had any income for the last three (3) months, please send:*
  - a. 귀하의 재정적 어려움을 설명하는 진술서를 작성하여 서명하고 날짜를 기입하십시오. *A statement, signed and dated, explaining the circumstances surrounding your financial hardship.*
  - b. 음식과 주거 시설을 제공하는 사람(들)의 공증서. *A notarized statement from the person(s) providing food and shelter.*

요청한 자료를 제출하지 않으면 신청자의 경제적 상황을 파악할 수 없으므로 재정 지원 신청은 기각될 수 있습니다. *Failure to submit the requested information may result in denial of your application because your financial eligibility could not be determined.*

전화 번호: 678-312-4406

이메일 : [financialcounselor@gwinnettmhospitalcenter.org](mailto:financialcounselor@gwinnettmhospitalcenter.org)

신청서 및 소득 증명 서류 제출처:

Gwinnett Hospital System

Return application and income proof to:

P.O. Box 348

Lawrenceville, GA 30046

Attn: Financial Counselor

재정 보조 프로그램(Financial Assistance Program)에 의한 보조는 Gwinnett Hospital System 내에서 발생하는 금액에 한하여 지원됩니다. 이 프로그램은 병리학 전문의, 심장병 전문의, 방사선 전문의, 마취 전문의, 개인 주치의와 같은 의사 비용이나 앰블런스, 약품 비용은 지원하지 않습니다. *Approval under the Financial Assistance Program is effective for charges incurred from Gwinnett Hospital System only. The program does not cover physician charges such as Pathology, Cardiology, Radiology, Anesthesia, private physicians, ambulance or medication.*

이 프로그램은 Medicaid나 Medicare 프로그램과는 연계되어 있지 않습니다. *This program is not affiliated with any Medicaid or Medicare programs.*

이 신청은 귀하의 재정 지원 신청일로부터 30일간 유효합니다. *This application is valid for 30 days from your request for Financial Assistance.*

# 재정 평가 신청서

## FINANCIAL ASSESSMENT APPLICATION

**환자 법적 성명 Patient Legal Name:** \_\_\_\_\_ **사회 보장 번호 Social Security #:** \_\_\_\_\_  
**우편 주소 Mailing Address:** \_\_\_\_\_ **시/주 City/State:** \_\_\_\_\_ **우편번호 Zip:** \_\_\_\_\_  
**거주 주소(위와 다를 경우) Street Address (if different):** \_\_\_\_\_ **시/주 City/State:** \_\_\_\_\_ **우편번호 Zip:** \_\_\_\_\_  
**집 전화번호 Home Phone:** \_\_\_\_\_ **휴대 전화번호 Cell Phone:** \_\_\_\_\_ **직장 전화번호 Business Phone:** \_\_\_\_\_  
**직장 Employer:** \_\_\_\_\_ **직업 Occupation:** \_\_\_\_\_ **월 소득 총액 Gross Monthly Income \$** \_\_\_\_\_

**가족 구성원 명단: (신청자, 배우자를 비롯하여 연방 정부가 규정하는 모든 법적 피 부양자를 명시)**  
**List members of Family Unit: (defined as applicant, spouse, and all legal dependents as allowed by the Federal Government)**

가족 구성원 성명 Family Member Name	생년월일 Birth Date	성별 Sex	환자와의 관계 Relationship to Patient	사회 보장 번호 Social Security Number	직장/고용일 Employer / Hire Date	월 총 소득액 Gross Monthly Income
						\$
						\$
						\$
						\$
						\$
						\$

**월별 기타 소득원 Other income source that you receive monthly:**  
 생활 보조금 Supplemental Security Income (SSI) \$ \_\_\_\_\_  
 사회 보장 장애인 수당 Social Security Disability (SSDI) \$ \_\_\_\_\_  
 실업 수당 Unemployment \$ \_\_\_\_\_  
 푸드 스탬프 Food Stamps \$ \_\_\_\_\_  
 복지금(부양 가족 보조, AFDC) Welfare (AFDC) \$ \_\_\_\_\_  
 호국 보훈자 혜택 Veteran's Benefits (VA) \$ \_\_\_\_\_  
 연금/퇴직금 혜택 Pensions/Retirement benefits \$ \_\_\_\_\_  
 자녀 양육비 Child Support \$ \_\_\_\_\_  
 이자/투자 배당금 Interest/Dividends on Investments \$ \_\_\_\_\_  
 기타 소득 Other Income: \$ \_\_\_\_\_

**가구별 생계 비용 Household living expenses:**  
**담보 상환금 또는 임대료 Mortgage or Rent:**  
 1. 월별 담보 상환금/임대료 Mortgage/rent monthly payment \$ \_\_\_\_\_  
 2. 재산세/보험 Property taxes/insurance \$ \_\_\_\_\_  
 3. 주택 평가액 Appraisal value of home \$ \_\_\_\_\_  
**공공 요금 Utilities:**  
 (수도, 쓰레기, 전기, 가스, 케이블 및 전화/호출기) (water, garbage, electric, gas, cable, and phone/pagers) \$ \_\_\_\_\_  
**음식/세면용품/화장품 Food/Toiletries/Cosmetics:** \$ \_\_\_\_\_  
**자동차 관련 총 납부금 Total Automobile Payments:** \$ \_\_\_\_\_  
 1. 자동차 납부금 Automobile payment \$ \_\_\_\_\_  
 2. 2차 자동차 납부금 Second automobile payment \$ \_\_\_\_\_  
 3. 연료비 Auto fuel \$ \_\_\_\_\_  
 4. 자동차 보험료 Auto insurance \$ \_\_\_\_\_  
 5. 자동차 수리비 Auto repair expense \$ \_\_\_\_\_  
**신용 카드 Credit Cards:** \$ \_\_\_\_\_  
**융자금 Loans:** \$ \_\_\_\_\_  
**보험료 Insurance Premiums:** \$ \_\_\_\_\_  
 1. 생명 보험 Life \$ \_\_\_\_\_  
 2. 의료 보험 Medical \$ \_\_\_\_\_  
**건강 관리 비용 Healthcare Expenses:** \$ \_\_\_\_\_  
 1. 의료 비용 청구서 Medical bills \$ \_\_\_\_\_  
 2. 치과 비용 청구서 Dental bills \$ \_\_\_\_\_  
 3. 처방전 Prescriptions \$ \_\_\_\_\_  
**자녀 양육 비용 Child Care Expenses:** \$ \_\_\_\_\_  
**기타 비용 Other Expenses:** \$ \_\_\_\_\_

**자산: Assets:**  
 저축 예금 Savings account(s) \$ \_\_\_\_\_  
 당좌 예금 Checking account(s) \$ \_\_\_\_\_  
 주식/채권(시가) Stocks/bonds (market value) \$ \_\_\_\_\_  
 양도성 예금 증서 액면가 Face value of Certificate of Deposit(s) \$ \_\_\_\_\_  
 레저용 차량 Recreational vehicles \$ \_\_\_\_\_  
 차/트럭 Cars/trucks \$ \_\_\_\_\_  
 기타 자산 Other assets: \$ \_\_\_\_\_

본인은 이 신청서에 기재된 모든 정보가 본인이 Gwinnett Hospital System에서 받은 서비스에 대한 모든 비용 또는 본인이 보증인으로 서명한 모든 비용 지불에 대한 본인의 지불 능력과 경제 상황을 검증할 자료로 이용될 것이므로 신청서의 모든 정보는 사실에 근거하여 본인의 지식 한도 내에서 완벽하게 작성된 것임을 증명합니다. 본인은 직장이 본인의 경제적 필요를 평가하기 위해 필요한 본인의 소득 관련 정보를 공개할 것을 승인합니다. 본인은 본인의 지불 능력에 영향을 미칠 수 있는 본인의 경제 상황 변화가 발생할 때마다 이를 즉시 Gwinnett Hospital System에 통보함에 동의합니다. 재정 지원 요청과 관련하여 본인은 Gwinnett Hospital System이 본인(본인

# 재정 평가 신청서

## FINANCIAL ASSESSMENT APPLICATION

가족)의 신용 정보를 조회할 수 있음을 알고 있습니다. *I certify that the information given on this form is true and complete to the best of my knowledge and that it is for the purpose of evaluating my financial condition and ability to pay any bills or charges for hospital services that I have received from Gwinnett Hospital System or any accounts which I have signed as Guarantor. I authorize my employer to release information regarding my income which may be necessary in evaluating my financial needs. I agree to promptly notify Gwinnett Hospital System of any changes in financial status affecting my ability to pay. By requesting financial assistance, I understand Gwinnett Hospital System may inquire into my (our) credit history.*

서명 *Signature*: \_\_\_\_\_

날짜 *Date*: \_\_\_\_\_

배우자 서명 *Signature of Spouse*: \_\_\_\_\_

날짜 *Date*: \_\_\_\_\_

(기혼자의 경우, 배우자 서명 필요) *(If married, spouse signature required)*