

재정 지원 신청서 (Financial Aid Application)

Carol Milgard Breast Center 재정 지원금을 신청하시려면 본 신청서를 작성하신 후 증빙 서류와 함께 저희 사무실에 제출해 주십시오.

1. 환자 정보 (Patient information)

환자 성명 (Patient name) _____

생년월일 (Birthdate) _____

집 전화 (Home phone) _____ 휴대 전화 (Cell phone) _____

주소 (Address) _____

2. MultiCare 또는 Franciscan Health System 관련 기관들로부터 재정 지원금을 받으신 적 있습니까? ___네 (yes) ___아니오 (no) (owner grant)

만약 '네'라고 답한 경우 6 단계 (Step 6)로 이동해 본 신청서에 서명하시기 바랍니다. 서명된 신청서와 더불어, 완성된 신청서를 대신해 타 기관으로부터 받은 확인서 (letter of determination) 최신 사본을 제출해 주십시오.

3. 배우자 또는 환자 (신청인이 미성년자/부양가족인 경우) (Spouse or parent (if applicant is a minor/dependent))

성명 (Name) _____

집 전화 (Home phone) _____ 휴대 전화 (Cell phone) _____

주소 (Address) _____

4. 귀하의 최신 급여명세서와 W2, 기타 소득 명세서를 제출해 주십시오.

수입 (월별 총액) (Income (monthly totals))	환자 (Patient)	기타 가족 수입 (Other family income)
급여 (Wages)		
자영업 (Self-employment)		
정부 생활 보조 (Public assistance)		
실업 수당 (Unemployment compensation)		
산재 보험 (Workers' compensation)		
위자료 (이혼 수당) (Alimony)		
자녀 양육비 (Child support)		
연금 또는 퇴직 수당 (Pension or retirement)		
이자 수입 (Interest income)		
건물 임대 수입 (Rental property income)		
기타 수입 (상세 기재) (Other income (detail))		
총 수입 (Total income)		

수입이 없는 경우, 이유를 상세히 기재하십시오 (If there was no income, please explain in detail) _____

5. 배우자를 포함해, 귀하 가정의 부양가족을 전원 기재해 주십시오 (dependents)

성명 (Name)	관계 (Relationship)	나이 (Age)	성명 (Name)	관계 (Relationship)	나이 (Age)

6. 상기 기재한 내용은 본인이 아는 한 모두 틀림없는 사실입니다. 본인은 거짓 또는 불완전한 정보를 제출할 경우 본인의 수당이 지연되거나 중단될 수 있음을 이해합니다. 또한 이는 수당의 초과 지불을 초래 할 수 있으며, 이럴 경우 본인이 되갚아야만 하고 과태료가 부과될 수도 있습니다. 본인은 Carol Milgard Breast Center가 상기 정보를 확인할 수 있도록 허가하며, 재정 지원금 수령 자격을 결정하기 위한 목적으로 Carol Milgard Breast Center에 정보를 공개하는 것을 허락합니다. 본인은 본인이 제출한 정보가 사실이고 완전하며 만약 그렇지 않을 경우 위증죄의 처벌을 받을 것임을 맹세합니다.

서명 (신청인) SIGNATURE (PERSON MAKING REQUEST)

날짜 (DATE)

본 정보는 기밀입니다. (253) 383-0730으로 CMBC Billing Department, Attention Financial Aid Services, PO Box 1535, Tacoma, WA 98401. 질문이 있으시거나 도움이 필요하시면 수신자 부담 전화 (855) 824-2622 (옵션 1)로 전화 주십시오.