



환자 이름: \_\_\_\_\_ 계정 #: \_\_\_\_\_  
Patient Name Account #

환자 주소: \_\_\_\_\_  
Patient Address

전화번호: \_\_\_\_\_ 입원 날짜: \_\_\_\_\_ 퇴원 날짜: \_\_\_\_\_  
Phone # Admit Date Discharge Date

총 요금: \_\_\_\_\_ 할인 금액: \_\_\_\_\_  
Total Charges Write Off Amount

지원 요청자: \_\_\_\_\_ 환자와의 관계 \_\_\_\_\_  
Assistance Requested by: Relationship to Patient

소득 신고서에 나와있는 대로 환자를 포함한 환자의 모든 가족 구성원을 명시하십시오. 필요시 추가 종이를 사용하십시오.  
List every member of the patient's household, including patient, as listed on the tax return. Use additional sheets if necessary.

이름 NAME	나이 AGE	관계 RELATIONSHIP	월 총 수입 MONTHLY GROSS INCOME	수입원 SOURCE OF INCOME

다음의 자산, 부채, 수입 및 지출 부분 작성을 완료해주시요:  
PLEASE COMPLETE THE FOLLOWING SECTION ON YOUR ASSETS, LIABILITIES, INCOME AND EXPENSES

집을 소유하고 있거나 임대하고 있습니까?  소유  임대 매달 월세/대출 금액: \$ \_\_\_\_\_  
Do you own or rent your home? Own Rent Monthly rent/mortgage amount

남아있는 대출 금액: \$ \_\_\_\_\_  
Amount remaining on mortgage

차를 소유하고 있거나 임대하고 있습니까?  소유  임대 매달 자동차 할부금액: \$ \_\_\_\_\_  
Do you own or lease your car? Own Lease Monthly car payment amount

매달 자동차 대출 금액: \$ \_\_\_\_\_  
Remaining car loan balance

매달 생활비는 얼마입니까?  \$500 이하  \$500에서 \$1,000 사이  
 \$1,000에서 \$2,000 사이  \$2,000 이상  
How much is your monthly living expense? Less than \$500 Between \$500 and \$1,000 Between \$1,000 and \$2,000 More than \$2,000

지난 (3)개월 동안 총 가족 수입 \$ \_\_\_\_\_  
Total family income for the last three (3) months

입출금 계좌 잔액 \$ \_\_\_\_\_ 저금 계좌 잔액 \$ \_\_\_\_\_  
Checking Account Balance Savings Account Balance

비연금 투자 \$ \_\_\_\_\_ 연금 저축 계좌 \$ \_\_\_\_\_  
Non-Retirement Investment Retirement Savings Balance

다음 추가 사항을 받고 있거나 갖고 있는 경우 표시하십시오:  
PLEASE CHECK IF YOU RECEIVE OR HAVE ANY OF THE FOLLOWING ADDITIONAL RESOURCES

민영보험  참전 군인 보험  Champus/Tricare  Medicare  Medicaid  
Commercial Insurance Veteran's

SNAP  식품구입권  TANF  COBRA  기타 사항을 명시해주시요: \_\_\_\_\_  
Food Stamps Other, please specify

이 서비스의 원인은 사고로 인한 귀하가 받은 배상 청구나 귀하의 변호사에 의한 배상 청구입니까? \_\_\_\_\_  
Was this service due to an accident in which you may have a claim or be represented by an attorney?

그렇다면, 변호사의 이름과 연락처는 무엇입니까? \_\_\_\_\_  
If so, what is the attorney's name and contact information?

본인은 위의 정보가 사실이고 정확함에 동의합니다. 본인은 Sentara 병원이 이 정보를 고용주와 기타 기관에 증명할 것에 승인합니다. 본인은 또한 이 정보가 연방 및/ 또는 주 기관에 의해 검토될 수 있음을 이해합니다. 본인은 또한 본인이 이용 가능한 기타 지원을 위한 신청을 할 것임을 이해합니다.

I certify that the above information is true and correct. I authorize Sentara Hospitals to verify this information with employers and other agencies. I also understand that this information is subject to review by Federal and/or State Agencies. I also understand that I am expected to make application to any other help, which may be available to me.

서명  
Signature

요청 날짜  
Date Requested

Place  
Stamp  
Here

Sentara Healthcare  
ATTN: Financial Assistance Coordinator  
535 Independence Parkway, Suite 700  
Chesapeake, Virginia 23320

친애하는 Sentara 환자 여러분께,

저희는 의료 서비스 제공자로서  
환자의 입원부터 퇴원과 결제까지  
환자의 건강 관리에 신경 쓰고  
있습니다.

저희는 의료 서비스 비용이 갑작스럽고  
이 재정적 의무를 충족하는 것이  
힘들어 보일 수 있다는 점을  
이해합니다. 귀하께서 건강 보험에  
가입하지 않으셨을 경우, 더더욱  
그리합니다.

귀하의 수입을 기반으로, 귀하께서  
재정 지원 또는 할인된 의료 서비스  
수여에 적합한 자격을 가졌다고  
생각하실 경우, 이 양식을 작성하여  
저희에게 제출하시면 저희가 귀하의  
재정 지원 자격 여부를 평가하도록  
하겠습니다.

Williamsburg (윌리엄스버그) 내  
(757) 233-4600 또는 (757) 984-4600  
로 전화하실 수 있습니다. 귀하에게  
도움을 드릴 수 있기를 바랍니다.



SENTARA®

이약을 위한 건강 파트너가 아닌, 당신의 지역사회

HRRNV\_KOR

