

# Holy Name Medical Center

718 Teaneck Road  
Teaneck, NJ 07666  
금융 자문 부서  
(201)833-3157

## 금융 지원 신청 양식

계좌번호: \_\_\_\_\_ 서비스 날짜: \_\_\_\_\_

### 개인 정보

1) 환자명(성, 이름): \_\_\_\_\_

2) 생년월일: \_\_\_\_\_ 3) 사회 보장 번호: \_\_\_\_\_

4) 주소: \_\_\_\_\_

5) 전화(우선 지정 번호): \_\_\_\_\_

6) 보증인 이름: \_\_\_\_\_ 7) 보증인 생년월일: \_\_\_\_\_

8) 보증인과 환자와의 관계: \_\_\_\_\_

### 가족 규모 및 수입 기준

9) 가족 규모: \_\_\_\_\_ 10) 가정 수입원: \_\_\_\_\_

11) 연간 총 수입: \_\_\_\_\_

12) 연간 총 사업 수입(자영업자인 경우): \_\_\_\_\_

13) 수입 확인 문서: \_\_\_\_\_

14) 보험처리한 이후의 의료비 잔액에 대한 신청입니까? \_\_\_\_\_

15) '예'인 경우, 보험회사명: \_\_\_\_\_

### 신청자 증명

저는 제 가족 규모 및 수입과 관련한 상위 내용이 사실이며 정확함을 확인합니다.

환자 혹은 보증인 서명: \_\_\_\_\_ 날짜: \_\_\_\_\_