리빙스톤 클리닉 디스카운트/ 스라이딩 신청서

리빙스톤 병원은 환자의 지불능력에 상관없이 필요한 써비스를 제공함을 원칙으로 합니다. 할인은 가족의 수와 수입에 따라 제공됩니다.가족의 크기는 한 가정안에서 함께 살며 전체 수입에 기여하거나 지원 하는 인원수로 정의 되어집니다. 할인은 외부에서 구입된 써비스를 제외하고,진료의뢰,임상검사,약물,방사선사에 의뢰를 통한 엑스레이 판독을 포함하여 리빙스톤병원에서 받는 모는 써비스에 적용될 것 입니다. 만약 이것이 환자분과 가족에 도움이 된다고 여기신다면 아래 신청서와 수입 증명을 작성해 주세요.

세대주 정보 :

이름	사회보장번호	생년 월일	카운티
주소	도시/주/우편번호	집전화번호	직장전화번호
# 한 가정에 사는 사람수	결혼상태 :미혼 ☐ 결혼 ☐ 사별 ☐ 이혼 ☐ 별거 ☐		

수입의 정보: 직업이 있으신 분 모두 작성해 주세요: 수입증명(세금공제나/혹은 3 개월분 급여명세서)을 리빙스톤 병원에 제공해주셔야 합니다. 그렇지 않으면 일반요금이 적용 됩니다.

직장인	회사명	수입	수입 주기?
		$	☐ 매주 ☐ 2 회/달 ☐ 매월 ☐ 격주
		$	☐ 매주 ☐ 2 회/달 ☐ 매월 ☐ 격주

기타수입

이혼수당	$	TANF	$	연금/퇴직금	$
자녀지원금	$	장애지원금	$	SSI	$
사회보장	$	실업수당	$	기타	$

(TANF:일시적 지원, SSI:보조적 안정지원금)

세대정보: 세대주 포함하여 가족을 모두 적어주세요

이름	생년 월일	관계	나이	수입	실업유무
				$	예 / 아니오
				$	예 / 아니오
				$	예 / 아니오
				$	예 / 아니오
				$	예 / 아니오
				$	예 / 아니오

내과진료 신청서 ☐ 치과진료 신청서 ☐

아래 서명을 함으로써, 리빙스톤의 직원은 위의 기입된 각각의 고용주나 기관에게 수입확인을 위해 연락할 수 있음에 나는 동의합니다 .나는 리빙스톤 병원에 나의 할인율 측정을 위한 수입증명을 제공할 것 입니다.나는 일년 단위로 프로그램에 재 신청을 요구받을 수 있습니다.

만일 나의 수입의 변경,가족 수의 변경,혹은 보험혜택의 변화가 있다면 리빙스톤 병원에 알릴 것에 동의 합니다.나는특정검사나 항목은 할인 적용되지 않을 수 도 있음을 이해합니다.나는 써비스를 받을 때 발생하는 코페이를 지불함에 동의 합니다.나는 내가 제공하는 모든 정보는 정확함을 증명합니다

신청자 서명: _____ 날짜: _____

부모/법적 보호자 서명: _____ 날짜_: _____

효력 적용 일	
총 수입	
할인%	

STAFF USE ONLY