FINANCE

JOHNS HOPKINS
MEDICINE

Johns Hopkins Medicine
□□ □□ □□□

□□□ □□□ □□□□ □□ □□□ □□□ □□ □□□ □□□ □□□□.

□□□ □□:

□□ □□ □□□(□□)

□□□ □□:

1. □□ □□ □□□ □□. (□□□□ □□□ □□□ □□, □□ □□□ □□□ □□ □□□□□).
2. □□ □(3)□□ □□ □□□ □□, □□□□□□ □□ □□ □□ □□ □□ □□.

1. □□□□□ □□ □□□ □□(□□□ □□)
2. □□ □□(Medical Assistance) □□ □□ □□(Social Security) □□□ □□.
3. □□ □□ □□□, □□/□□ □□ □□□, □□□/□□□ □□□ □□ □ □□□□ □□□ □ □□□ □□ □□.
4. □□ □□□ □□.
5. □□ □□ □□ □□ □□.
6. □□□, □□□□□, □□□□□ □□ □□□□ □□□(□□ □□)□ □□□ □□.

□□ □□□ □□□ □□□□□:
3910 KESWICK ROAD, SUITE S-5100
ATTN: FINANCIAL ASSISTANCE LIASON(□□ □□ □□□)BALTIMORE, MD 21211

□□ □□:
3910 Keswick Rd, Suite S-5100
ATTN: Financial Assistance Liaison
Baltimore, MD 21211

□□□: financialassistance@jhmi.edu

□□: 443-997-3067

□□: 443-769-1250

FINANCE

JOHNS HOPKINS
MEDICINE

재 정 지원 신청서

□□ □□ □□

□□ □□: _____
□□ □□□□ □

□□□□□□ -_____□□ □□: □□ □□ □□

미국 시민 여부 네 아뇨 영구 거주민 여부 네 아뇨

집 주소 : _____ 전화번호 _____
_____
_____ _____
도시 주 우편번호 국가

□□□ □□: _____ □□□□·_____
□□□ □□: _____

_____
도시 주 우편번호

□□ □□□□:

_____	_____	□□
□□	□□	□□
_____	_____	_____
□□	□□	□□
_____	_____	_____
□□	□□	□□
_____	_____	_____
□□	□□	□□
_____	_____	_____
□□	□□	□□
_____	_____	_____
□□	□□	□□
_____	_____	_____
□□	□□	□□
_____	_____	_____
□□	□□	□□

의료 지원을 신청하셨나요 ? 네 아뇨
□□□□ □□□ □□□ □□□□□□? _____
□□□□ □□ □□□ □□□□□□? _____

주 또는 카운티의 지원을 받고 있나요 ? 네 아뇨

I. □□ □□

모든 출처로부터의 월 소득 금액을 기 재 하세요 . 소득 , 자산 , 지출에 대한 증빙을 제출해야 할 수도 있습니다 . 소득이 없는 경우 ,
□□□ □□□ □□□□ □□□ □□ □□□ □□□□□.

□□ □□

□□
□□/□□ □□
□□□□ □□
□□□□ □□
□□ □□
□□ □□
□□□□ □□
□□□
□□ □□□ □□
□□ □□
□□ □□
□□ □□ □□□
□□ □□□

□□

II. □□ □□ □□ □□

□□ □□ □□
□□ □□
□□, □□, CD □□ □□ □□
□□ □□

□□

III. □□ □□

□□ □□ □ □□□□ □□□□ □□□ □ □□□ □□□□ □□□ □□□ □□□.

□ □□ □□ _____ □□□□ □□ _____
□□□ □□□ _____ □□□□ □□ _____
□□ □□ □□□ _____ □□□□ _____ □□□□ □□ _____
□□ □□ □□□ _____ □□□□ _____ □□□□ □□ _____

□□ □□ □□□□ □□ _____
□□ _____

IV. □□ □□ □□

□□□ □□ □□□
□□□□
□□□ □□□)
□□ □□(□)
□□□ □□
□□ □□
□□ □□□
□□ □□
□□ □□□□ □□□□□?
□□ □□□□ □□ □□□□□?_____
□□ □□□ □□□ □□□□□?□ □□□□ □□□□□?_____

□□ □□□ □□□ □□ □□□ □□:

□ □□□ □□ 12□□ □□□ □□ □□:_____

□ □□□ □□ □□(12)□□ □□ □□ □□□□□ □□□ □□ □□(□□ □□, □□ □□□ □□ □□□ □□):

□□□ □□ □□□□ □ □□

_____ _____
_____ _____
_____ _____
_____ _____

□□ □□ □□ □□□ □□:

1. □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ ?
2. 환자가 임신 □ □ □ □ ? 네 또는 아뇨
3. 환자에게 본인 집에 살고 있는 21 세 미만의 자녀가 있나요 ? 네 또는 아뇨
4. 환자가 시각 □ □ □ □ □ □ 12 개월 이상 직업 활동을 할 수 없는 잠 재 적 장애가 있나요 네 또는 아뇨
5. 환자가 현 재 □ □ □ □ □ (SSI) 또는 생활보조금 (SSDI) □ □ □ 받고 있나요 ? 네 또는 아뇨
6. 환자 (기혼인 경우 배우자)의 총 은행 계좌 또는 현금으로 전환할 수 있는 자산이 다음 □ □ □ 초과하지 □ □ □ □ ? 네 또는 아뇨

□ □ □ □ :

□ □ : $2,500.00
두 사람 : $3,000.00
□ □ 구성원이 □ □ □ 때마다 $100.00 를 □ □ □ □ □ .
(예시 : 4 인 가족의 경우 총 유동 자산이 $3,200.00 미만인 경우 '예 '라고 □ □ □ □ □ .)

7. □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ ? 네 또는 아뇨
□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ , □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ ?
8. 환자가 노숙자입니까 ? 네 또는 아뇨
9. 환자가 WIC 에 참여하고 □ □ □ □ ? 네 또는 아뇨
10. 가구에 무료 또는 할인 점심 프로그램을 이용하는 자녀가 있습니까 ? 네 또는 아뇨
11. 가구가 □ □ □ □ 에너지 지원 프로그램에 참여합니까 ? 네 또는 아뇨
12. 환자가 SNAP/ 푸드 스탬프를 받습니까 ? 네 또는 아뇨
13. 환자가 Healthy Howard, Chase Brexton 에 등록되어 □ □ □ □ ? 네 또는 아뇨
14. 가톨릭 자선 단체 (Catholic Charities), 모바일 메드 (Mobile Med), 몽고 암 십자군 (Montg Co Cancer Crusade) 에서 Sh 에 환자에 대해 의뢰했습니까 ? 1 차 진료 연합 (Primary Care Coalition), 몽고메리 □ □ □ (Montgomery Cares), □ □ □ □ □ □ □ □ (Project Access), □ □ □ □ □ □ □ □ □ (Proyecto Salud)? 네 또는 아뇨
15. 환자가 현 재 가지고 있는 질병이 있습니까 :
□ □ □ □ □ □ □ □ 네 또는 아뇨
QMB/SMLB 네 또는 아뇨
16. □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ ? 네 또는 아뇨
아닌 경우 , 실업 상태가 된 날짜 .
COBRA 건강 보험 □ □ □ 받을 자격이 있습니까 ? 네 또는 아뇨

제출된 모든 서류는 이 신청서의 일부가 됩니다 .

귀하가 □ □ 재 정 지원 연장을 요청하는 경우 , JHM 은 □ □ 결정을 내리기 위해 추가 정보를 요청할 수 있습니다 . 이 양식에 서명함으로써 귀하는 □ □ □ 정보가 □ □ □ □ 증명하고 제공된 정보가 변경될 경우 변경일로부터 10 일 이내에 JHM 에 통보하는 데 동의하는 것입니다 . 신청서에 제출된 모든 정보는 본인이 알고 있는 지식 , 정보 및 신념에 □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ .

□ □ □ □ □ □ □ □

□ □ □ □ □ □ □ □