

# 메릴랜드주 통합 재정 보조 신청서

## 귀하의 정보

이름 \_\_\_\_\_

성(姓)

중간 이름

이름

사회보장번호 \_\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_\_

결혼 여부: 미혼 기혼 별거

미국 시민: 네 아니오

영주권 취득자: 네 아니오

집 주소 \_\_\_\_\_

전화번호 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

도시

주

우편번호

국가

고용주명 \_\_\_\_\_

전화번호 \_\_\_\_\_

직장 주소 \_\_\_\_\_

City

State

Zip code

세대 구성원:

이름 _____	나이 _____	관계 _____
이름 _____	나이 _____	관계 _____
이름 _____	나이 _____	관계 _____
이름 _____	나이 _____	관계 _____
이름 _____	나이 _____	관계 _____
이름 _____	나이 _____	관계 _____
이름 _____	나이 _____	관계 _____
이름 _____	나이 _____	관계 _____

의료 보조금을 신청하였습니까 네 아니오

'네'라면, 신청일이 언제였습니까? \_\_\_\_\_

'네'라면, 어떻게 결정되었습니까? \_\_\_\_\_

어떠한 형태로든 주나 카운티의 보조금을 받으십니까? 네 아니오

**신청자는 필요한 모든 문서를 동일하게 다음 우편 주소로도 제출해야 합니다:**

본 세커스 재정 보조 프로그램

P.O. Box 742431

Atlanta, GA 30374-2431

## I. 가족 소득

월 소득 금액을 나열하십시오. 소득, 자산 및 경비 증명서를 제공할 필요가 있습니다. 소득이 전혀 없다면, 주택과 음식을 제공하는 사람에게서 받은 지원금 지급서를 제공해 주십시오.

	월별 금액
고용	_____
퇴직/연금 수당	_____
사회보장연금	_____
공공 보조 수당	_____
장애인 수당	_____
실업 수당	_____
국가 유공자 수당	_____
이혼 수당	_____
임대 재산 소득	_____
파업 수당	_____
군 급여	_____
농장 또는 자체 고용	_____
기타 소득원	_____
	<b>총</b> _____

## II. 유동 자산

	현재 잔액
당좌 예금 계좌	_____
저축 계좌	_____
주식, 채권, CD 또는 단기금융시장 계좌	_____
기타 계좌	_____
	<b>총</b> _____

## III. 기타 자산

다음 항목 가운데 하나를 소유하고 있다면, 유형 및 대략적 가격을 작성해 주십시오.

집	대출 잔액 _____	대략적 가격 _____
자동차	제조사 _____ 연도 _____	대략적 가격 _____
추가 차량	제조사 _____ 연도 _____	대략적 가격 _____
추가 차량	제조사 _____ 연도 _____	대략적 가격 _____
기타 재산		대략적 가격 _____
		<b>총</b> _____

## IV. 월간 경비

	금액
임대 또는 모기지	_____
공공요금	_____
차량 할부금	_____
신용카드 대금	_____
자동차 보험료	_____
건강보험	_____
기타 의료 경비	_____
기타 경비	_____
	<b>총</b> _____

기타 미납부 의료 청구서가 있습니까?      네      아니오

어떤 서비스에 대한 것입니까? \_\_\_\_\_

납부안을 정리하였다면, 월 납부금이 어떻게 됩니까? \_\_\_\_\_

병원에서 추가 재정 보조금을 확대할 것을 요청한다면, 해당 병원은 보완 결정을 내리기 위하여 추가 정보를 요청할 수 있습니다. 이 양식에 서명하여, 제공된 정보가 참이라는 사실을 증명하고 제공된 정보의 변경사항을 변경일로부터 10 일 이내에 병원에 통지할 것에 동의합니다.

\_\_\_\_\_  
신청자 서명

\_\_\_\_\_  
일자

\_\_\_\_\_  
환자와 관계