



## 금융 지원 프로그램 신청서

**제출할 주소:**

Department of State Hospital  
 Attn: Patient Cost Recovery Section  
 1215 O Street, MS-3  
 Sacramento, CA 95814  
 이메일 주소: [DSHSacTrustOffice@dsh.ca.gov](mailto:DSHSacTrustOffice@dsh.ca.gov)

**지침:** 가능한 한도 안에서 섹션 A~E를 최대한 작성하십시오. 신청서에 증빙 서류를 첨부하여 위 주소로 신청서와 함께 보내셔도 됩니다.

### 섹션 A

#### 환자 정보

환자 이름	중간 이름	성	생년월일
기본 주소	도시	주	우편번호
2차 주소	도시	주	우편번호

**다음 중, 해당하는 내용에 체크 표시를 하고 아래에 추가 정보를 제공하십시오.**

<input type="checkbox"/> 보호자/후견인		<input type="checkbox"/> 대리 수령자		<input type="checkbox"/> 위임장
이름	성	위임 날짜	전화번호	이메일
우편 주소	도시	주	우편번호	

#### 가족 구성원 정보

환자 혼인 여부: <input type="checkbox"/> 미혼 <input type="checkbox"/> 기혼		부양가족 수:
<b>아래에 모든 가구 구성원과 귀하와의 관계를 기재하십시오.</b>		
이름	성	관계
이름	성	관계
이름	성	관계



### 섹션 B

건강보험 보장	
현재 건강보험이 있습니까?: <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	
<b>'예'에 체크 표시한 경우, 아래에 추가 정보를 제공하십시오.</b>	
주요 보험 회사 이름	보험계약자
보험/이용자 ID 번호	그룹 번호
보험계약자와의 관계:	<input type="checkbox"/> 본인 <input type="checkbox"/> 배우자 <input type="checkbox"/> 부모 <input type="checkbox"/> 기타
<b>보조 건강 보험이 있는 경우, 다음 정보를 제공하십시오.</b>	
보조 보험 회사 이름	보험계약자
보험/이용자 ID 번호	그룹 번호
보험계약자와의 관계:	<input type="checkbox"/> 본인 <input type="checkbox"/> 배우자 <input type="checkbox"/> 부모 <input type="checkbox"/> 기타

### 섹션 C

수입 및 자산	
<p><b>지침:</b> 월 수령금액 행에 수령하는 돈을 기재하십시오. 해당하지 않는 경우, 'N/A'라고 적어주시면 됩니다. 신청서를 제출할 때, 신청서와 함께 증빙 서류를 제출하십시오. 불가산 수입은 추심 및 부채 상환으로부터 보호되니 보고하지 않아도 됩니다. 불가산 수입의 추가 유형은 첨부 1에서 확인하십시오.</p>	
수입원	월 수령 금액
근로 소득	
생활 보조금	
장애 수당	
재향군인 혜택	
철도청 은퇴 연금	
배우자, 부모, 부양가족의 지원	
납세 대상 연금 수당	
임대 소득	
기타(자세히 설명):	
금융 계좌	
<p><b>지침:</b> 보유하고 있는 모든 은행 계좌 및 잔액을 기재하십시오. 공간이 추가로 필요한 경우, 섹션 E를 사용하여 은행 계좌 정보를 추가하십시오.</p>	



계좌 유형: <input type="checkbox"/> 당좌	<input type="checkbox"/> 예금	<input type="checkbox"/> 기타 _____
은행 이름:	주소:	
계좌번호(마지막 4자리만):	현재 잔액:	

계좌 유형: <input type="checkbox"/> 당좌	<input type="checkbox"/> 예금	<input type="checkbox"/> 기타 _____
은행 이름:	주소:	
계좌번호(마지막 4자리만):	현재 잔액:	
신탁 수혜자입니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 ('예'인 경우, 섹션 E에 신탁 이름, 유형, 신탁 관리자 연락처 정보를 제공하십시오.)		

**기타 자산**

**지침:** 보유한 모든 주식, 채권, 암호화폐 및 그 가치를 기재하십시오. 공간이 부족한 경우, 섹션 E를  
 사용하십시오.

설명	가치

**부동산**

**지침:** 보유한 모든 부동산을 기재하십시오. 공간이 부족한 경우, 섹션 E를 사용하십시오. 또한 해당하는 경우  
 귀하가 주 거주지로 사용 중인 부동산에 표시해 주십시오.

설명/주소	주 거주지(예/아니요)

**섹션 D**

**월 생활비**

월 생활비 사용처:  본인 한정       본인 및 부양가족

비용 유형	월 금액
건강 보험료(치과 및 안과 포함)	
법률상의 의무(이혼 수당, 양육비 등)	
교통비(자동차 할부금, 보험, 연료, 대중교통 요금 등)	
주택 관련 비용(모기지, 임대료, 주택 보험, 재산세 등)	
음식, 의복, 기타 생활용품	
학교 및 보육 비용	
공과금(가스, 전기, 수도, 쓰레기 수거, 전화 등)	
기타:	

**총 월 지출**



## 섹션 E

### 추가 고려 사항

**지침:** 주립 병원부(Department of State Hospitals, DSH)가 금융 지원에 대한 귀하의 신청서를 고려할 때, 관련이 있다고 생각하는 추가 정보가 있다면 기재하십시오. 추가 은행 계좌 또는 주식 및 채권 정보 등이 포함됩니다. 공간이 부족한 경우, 별도의 용지에 정보를 기재한 뒤 신청서에 첨부하십시오.


본인은 위 정보가 정확하고 완전하다는 것을 증명합니다. 본인은 주립 병원부(DSH)가 제출된 모든 정보를 확인할 권리를 보유한다는 것과 지금 제공하는 정보에 대한 증빙을 제공하라는 요청을 받을 수 있다는 것을 이해합니다. 금융 정보에 대해 변경 사항이 생기는 경우, 변경 후 10일 안에 DSH-Sacramento 신뢰 사무소(Trust Office)에 (916) 654-1501번으로 전화하거나 DSHSacTrustOffice@dsh.ca.gov에 이메일을 보내 알리는 것에 동의합니다.

작성자 신분: <input type="checkbox"/> 환자 <input type="checkbox"/> 환자 대리인(환자와의 관계: _____ )				
정자체 성명	서명	날짜	이메일	전화번호
주소		도시	주	우편번호