

## 자선 진료/재정 지원 신청서 안내

본 신청서는 Providence 재정 지원(자선 진료라고도 함) 신청서입니다.

연방법 및 주법에 따라 모든 병원은 특정 소득 요건을 충족한 사람들과 가정에 재정 지원을 제공해야 합니다. 건강보험을 갖고 있는 분도 가족 규모 및 소득에 따라 무료 또는 할인 의료 서비스 수혜 자격을 얻으실 수 있습니다. 저희 재정 지원 정책과 슬라이드 스케일 지침을 보시려면 <https://www.providence.org/obp>에서 귀하께서 거주하시는 주의 웹사이트를 방문해주십시오.

**재정 지원은 어디에 적용됩니까?** 의료 재정 지원은 자격이 되시는 분에게 저희 조직에 포함된 병원이나 진료소 중 한 곳에서 제공하는 의학적 필수 서비스에 적용됩니다. 다른 조직에서 제공하는 서비스 등 모든 의료 서비스 비용에 재정 지원을 적용할 수 있는 것은 아닙니다.

**질문이 있으시거나 도움이 필요하실 경우 이 신청서를 작성해주십시오.** 저희 재정 지원 정책, 프로그램 정보, 신청서 자료는 저희 웹사이트에서 확인하시거나 전화를 통해 이용하실 수 있습니다. 장애인 지원과 언어 지원을 포함해 어떠한 사유로든 도움을 받으실 수 있습니다. 요청 시 번역된 문서를 이용하실 수 있습니다. 문의 방법은 다음과 같습니다. <https://www.providence.org/obp>  
고객 서비스 대표 전화: 503-215-7575 또는 855-229-6466

월-금, 오전 8:00 - 오후 5:00

다음과 같이 하셔야 신청서가 처리됩니다.

**□ 귀하의 가족 정보를 제공해주십시오**

귀하의 가족 구성원 수를 기입해주십시오(가족에는 출생, 혼인, 또는 입양을 통해 함께 사는 사람들이 포함됩니다)

**□ 급여명세서, W-2 양식, 소득신고서, 사회보장급여 지급 안내서, 자산 소득 신고서를 포함한 귀하 가족의 월 총소득(세전 및 공제 전 소득)에 대한 정보를 제출하시고 자산 서류를 신고 및 제출해주십시오.<sup>1</sup>(자세한 예시는 재정 지원 신청서 소득 섹션을 참조하십시오)**

**□ 필요할 경우 추가 정보를 첨부하십시오**

**□ 재정 지원 양식에 서명과 날짜를 기입하십시오**

**참고:** 재정 지원을 신청하기 위해 사회보장번호를 제공하실 필요는 없습니다. 저희에게 귀하의 사회보장번호를 제공하시면 귀하의 신원을 확인하거나 저희에게 제공된 정보를 검증하는 데 그 사회보장번호를 이용할 수 있습니다. 사회보장번호가 없으시다면 "not applicable(해당사항 없음)" 또는 "NA"에 표시해주십시오.

완성된 신청서를 모든 서류와 함께 다음 주소로 보내주십시오. Providence Regional Business Office, P.O. Box 3299 Portland, OR 97208-3395 UNITED STATES OF AMERICA. 사본을 보관해주십시오.

**작성하신 신청서를 직접 제출하시려면:** 가까운 병원 재정 상담사에 제출하십시오. 저희는 소득 서류를 포함해 완성된 재정 지원 신청서를 받은 날로부터 14일에서 30일 사이에 귀하에게 해당되는 경우 자격 및 이의제기 권리에 대한 최종 결정을 통지해드립니다.

귀하께서 재정 지원 신청서를 제출하시면 재정 의무 및 정보를 확인하기 위해 반드시 거쳐야 하는

<sup>1</sup> 주법에 따라 금지될 수도 있는 경우를 제외하고 Providence는 메디케어 및 메디케이드 서비스 센터(Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS)에서 메디케어 비용 보고를 위해 필요로 할 경우 자산 관련 정보를 수집 및 심사합니다.

조회 과정에 동의하시게 됩니다.

저희는 도움을 드리고자 합니다. 귀하의 신청서를 신속히 제출해주시오. 귀하께서 거주하시는 주의 자선의료법에서 금지하지 않는 한, 완성된 신청서와 필수 서류가 저희에게 도착하기 전까지는 귀하에게 계속 청구서가 발송될 수 있습니다.

자선 의료/재정 지원 신청서 - 기밀

모든 정보를 빠짐 없이 작성해주시요. 해당 사항이 없는 경우 "NA"라고 써주십시오. 필요할 경우 추가 페이지를 첨부하십시오.

**선별 정보**

통역자가 필요하십니까?  예  아니요 *예라고 대답하셨다면 선호하시는 언어를 써주십시오.*

환자가 메디케이드를 신청했습니까?  예  아니요    환자가 시각장애인입니까?  예  아니요    환자가 장애인입니까?  예  아니요

환자가 TANF, Basic Food 또는 WIC와 같은 주 공공 서비스를 받고 있습니까?  예  아니요

환자가 현재 노숙자입니까?  예  아니요

환자에게 교통사고 또는 산업 재해에 관련된 진료が必要합니까?  예  아니요

**참고**

- 신청을 했다고 해서 재정 지원 수혜 자격을 반드시 갖게 되리라는 보장은 없습니다.
- 신청서를 보내주시면 저희가 신청서에 기재된 모든 정보를 확인한 후 추가 정보 또는 소득 증빙자료를 요청드릴 수도 있습니다.
- 저희는 완성된 신청서와 서류를 받은 날로부터 14일에서 30일 이내에 귀하에게 저희 결정 사항을 통지해드립니다.

**환자 및 신청인 정보**

환자 이름	환자 중간 이름	환자 성
<input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여 <input type="checkbox"/> 기타(구체적으로 적어주십시오 _____ )	생년월일	환자 사회보장번호 (선택)
청구서 요금 납부를 책임지는 사람	환자와의 관계	생년월일
_____	_____	_____
우편 주소	주 연락처 번호	
_____	( ) _____	
_____	( ) _____	
_____	이메일 주소:	
_____	_____	
시	주	우편번호

청구서 요금 납부를 책임지는 사람의 고용 상태

취업(채용일): \_\_\_\_\_  무직(무직 기간): \_\_\_\_\_

자영업     학생     장애     퇴직     기타 \_\_\_\_\_

### 가족 정보

귀하를 포함한 가족 구성원들을 적어주십시오. "가족"에는 출생, 결혼, 또는 입양을 통해 함께 살고 있는 사람들이 포함됩니다.

가족 규모 \_\_\_\_\_

필요할 경우 추가 페이지를 첨부하십시오

이름	생년월일	환자와의 관계	18세 이상인 경우: 고용주 이름 또는 소득 출처	18세 이상인 경우: 총 월소득(세전):	재정 지원도 신청하십니까 ?
					예 / 아니요
					예 / 아니요
					예 / 아니요
					예 / 아니요

모든 성인 가족의 소득을 공개해야 합니다. 소득원에는 다음이 포함됩니다.

급여 - 실업수당-자영업보상금-산재보험-장애-SSI-자녀/배우자 지원금-근로학생 프로그램(학생)- 자산에서 발생한 소득, 예:주식, 채권, IRA, 뮤추얼 펀드, 임대 소득 등.

자선 의료/재정 지원 신청서 - 기밀

**소득 정보**

다음은 기억하십시오. 신청서와 함께 소득 증빙자료도 제출하셔야 합니다.

가족 소득에 대한 정보를 제공하셔야 합니다. 재정 지원을 결정하기 위해서는 소득 검증이 필요합니다. **18세 이상 모든 가족 구성원은 자신의 소득을 공개해야 합니다.** 서류를 제공하실 수 없다면, 자신의 소득을 설명하고 서명한 진술서를 제출하는 방법도 있습니다. 확인된 모든 소득원의 증빙자료를 제공해주십시오.

소득 증빙자료를 예로 들면 다음과 같습니다.

- "W-2" 원천징수 증명서, 또는
- 현재 급여명세서(3개월), 또는
- 필요한 경우 별표(schedule)를 포함한 작년 소득세 신고서, 또는
- 고용주 등이 작성하고 서명한 증명서, 또는
- 자산에서 발생한 소득 증명서(주식, 채권, IRA, 뮤추얼 펀드 등), 또는
- 실업 수당 자격 승인/거부.

소득 또는 무소득에 대한 증빙 자료가 없으실 경우 페이지를 추가하여 설명을 작성해주십시오.

**지출 정보**

저희는 이 정보를 이용하여 귀하의 재정 상황을 더 완전하게 파악하고자 합니다.

월 필수 생활비:

임대료/모기지	\$ _____	의료비	\$ _____
의료보험료	\$ _____	공과금	\$ _____
기타 채무/지출 \$ _____	(자녀 양육비, 대출, 의료비 등)		

**자산 정보**

이 정보는 저희 정책 및 귀하께서 진료를 받으시는 주의 규정에 따라서만 이용할 수 있으며 메디케어 및 메디케이드 서비스 센터(Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS)에서 메디케어 비용 보고를 위해 필요로 할 경우 수집 및 심사됩니다.

현재 당좌예금 잔액

\$ \_\_\_\_\_

현재 저축예금 잔액

\$ \_\_\_\_\_

귀하의 가족은 다음과 같은 다른 자산을 갖고 있습니까? 해당하는 모든 항목에 표시해 주십시오

- 주식  채권  401K  건강 저축 계좌  신탁  
 부동산 (기본 거주지 제외)  사업체 소유

**추가 정보**

금전적 어려움, 과도한 의료비 지출, 계절 또는 일시적 소득, 개인적 손실 등 저희에게 말씀하실 귀하의 현재 자산 상황에 대한 다른 정보가 있다면 추가 페이지를 첨부해주십시오.

**환자 동의**

본인은 Providence가 재정 지원 또는 지급 계획에 대한 자격을 결정할 때 참고하기 위해 신용 정보 및 다른 출처에서 얻은 정보를 검토하여 정보 검증을 할 수 있음을 이해합니다.

본인은 본인이 알고 있는 한 위 정보가 정확한 사실임을 확인합니다. 본인은 본인이 제공한 재정 정보가 거짓으로 확인될 경우 재정 지원이 거부될 수 있고 제공된 서비스에 대한 대금을 본인이 부담하고 납부해야 할 수 있음을 이해합니다.

신청인 서명

날짜