

자선 치료/재정 지원 요청

환자와 가족분께,

저희는 저희의 사명과 핵심 가치를 준수하며 사람들의 지불 능력에 관계 없이 의료 서비스를 제공하기 위해 최선을 다하고 있습니다.

자선 치료/재정 지원:

의료비를 감당하기 어려울 수 있습니다. 의료 서비스의 일부 또는 전부를 지불하기 힘든 환자는 이 양식을 작성하고 반환하여 재정 지원을 신청할 수 있습니다. 특정한 소득 요건을 충족하는 환자 및 가족들은 의료 보험이 있더라도 가족의 규모 및 소득에 기준하여 무료 치료 또는 감액된 치료에 대한 자격이 될 수 있습니다.

저희의 재정 지원 정책 및 단계별 지침에 대해 살펴보기 위해 거주자용 주 웹 사이트를 방문해 주십시오:

<https://www.providence.org/obp>

재정 지원은 무엇을 보장합니까? 재정 지원은 자격에 따라 저희 병원의 부서 중 한 군데에서 제공하는 의료적으로 필요한 서비스를 보장합니다. 재정 지원은 다른 조직에서 제공하는 서비스를 포함하여 모든 치료 비용을 보장하지 않을 수도 있습니다.

질문이 있거나 도움이 필요한 경우 이 신청서를 작성하십시오: 재정 지원 정책, 프로그램에 대한 정보 및 신청 자료는 저희 웹 사이트 또는 전화를 통해 구할 수 있습니다. 장애 및 언어 지원 등 사유가 있는 경우 도움을 받을 수 있습니다. 다음에 연락 방법이 있습니다:

<https://www.providence.org/obp>

고객 서비스 담당자: 503-215-3030번 또는 866-747-2455번, 월요일~금요일, 오전 8:00~오후 8:00

신청서 처리를 위해 다음 정보를 제공해야 합니다:

- **가족에 대한 정보**
가구에 있는 가족 수를 적어주십시오(함께 거주하는 출생, 결혼 또는 입양과 관련된 사람을 포함하는 가족)
- **가족의 총 월 소득에 대한 정보(세금 및 공제 전 소득)**
- **자산 정보(재정 지원 신청 양식에 나열된 바와 같이)**
- **필요한 경우 추가 정보 첨부**
- **재정 지원서 서명 및 날짜**

****소득 원천의 검증 필요****

신청서와 함께 다음 서류를 제출해 주십시오:

- 3개월치 직장 급여 명세서
- 모든 가족에 대한 최근의 세금 신고서
- 재정 지원 신청서 양식에 기재된 바와 같이 기타 소득 원천에 대한 증빙을 제공해 주십시오

참고: 재정 지원을 신청하기 위해 사회 보장 번호를 제공할 필요가 없습니다. 사회 보장 번호를 제공하는 경우 신청서를 신속하게 처리하는 데 도움이 됩니다. 사회 보장 번호는 병원에 제공된 정보를 검증하는 데 사용됩니다. 사회 보장 번호가 없는 경우 “해당 없음” 또는 “NA”에 표시해 주십시오.

모든 서류와 함께 작성을 완료한 신청서를 다음 주소로 우편 발송해 주십시오(서류 사본을 보관해 주십시오):

<https://www.providence.org/obp>

PH&S Regional Business Office, P.O. Box 3268, Portland, OR 97208-3395

작성 완료한 신청서를 직접 제출하는 방법: 가까운 병원 출납계에 제출하십시오

소득 증빙을 포함하여 작성된 재정 지원 신청서를 접수한 후 14일 이내에 최종 자격 결정 또는 이의 제기 권리(해당하는 경우)를 통지할 것입니다.

재정 지원 신청서를 제출함으로써 재정적 의무 및 정보를 확인하기 위해 필요한 질문에 대해 동의하게 됩니다.

도움을 드리고 싶습니다. 신청서를 즉시 제출해 주십시오!
귀하의 정보를 받을 때까지 귀하가 청구서를 받을 수 있습니다.

자선 치료/재정 지원 신청서 - 기밀

소득 정보

중요 사항: 신청서와 함께 소득 증빙을 동봉해야 합니다.

가족의 소득에 대한 정보를 제공해야 합니다. 재정 지원을 결정하기 위해 소득 검증이 필요합니다.

18세 이상의 모든 가족의 소득을 공개해야 합니다. 서류를 제출할 수 없는 경우 소득을 설명하는 서명 포함 서면 진술서를 제출할 수 있습니다. 확인된 모든 소득 원천 증빙을 제공해 주십시오.

소득 증빙의 예:

- "W-2" 원천 징수 영수증, 또는
- 현재 급여 명세서(3개월), 또는
- 해당하는 경우 명세서를 포함하여 작년의 세금 신고서, 또는
- 서명 포함 고용주 등의 서면 진술서, 또는
- Medicaid 및/또는 주 재정 지원 의료 지원의 승인서/거부서, 또는
- 실직 급여 자격 승인서/거부서.

소득 증빙 또는 소득이 없는 경우, 설명을 포함하는 추가 페이지를 부착해 주십시오.

비용 정보

이 정보는 귀하의 재정 상황에 대한 보다 완전한 계획을 세우기 위해 사용됩니다.

월 가구 비용:

임대료/모기지 \$ _____	의료 비용 \$ _____
보험료 \$ _____	유틸리티 \$ _____
기타 채무/비용 \$ _____	(자녀 보조금, 대출금, 의약품 등)

자산 정보

귀하의 소득이 연방 빈곤 지침의 200% 이상인 경우 이 정보를 사용할 수 있습니다.

현재 체크어카운트 잔액

\$ _____

현재 세이빙즈어카운트 잔액

\$ _____

가족이 다른 자산을 소유하고 있습니까?

해당하는 모든 항목에 체크하십시오

주식 채권 401K 건강 예금 계좌 신탁

부동산(주 거주지 제외) 사업체 소유

추가 정보

재정적 어려움, 계절적 또는 일시적인 소득, 또는 개인 손실 등 현재의 재정 상황에 대한 다른 정보를 알고 싶은 경우 추가 페이지를 첨부하십시오.

환자 동의

본인은 Providence Health & Services가 재정 지원 또는 지불 계획에 대한 자격을 결정하도록 돕기 위해 신용 정보를 검토하고 다른 원천으로부터 정보를 획득하여 정보를 검증할 수 있음을 이해합니다.

본인은 위의 정보가 본인의 최선의 지식 범위에서 진실하고 정확하다는 것을 확인합니다. 본인이 제공한 정보가 허위로 판정되는 경우, 재정 지원이 거부될 것이며, 제공된 서비스에 대한 지불 책임이 있으며 지불할 것임을 이해합니다.

신청인 서명 _____

날짜 _____