



## 자선 치료/재정 지원 신청서 지침

본 양식은 Providence 의 재정 지원(자선 치료라고도 함) 신청서입니다.

**연방 및 주 법에 따라 모든 병원은 특정 소득 요건을 충족시키는 사람 및 가족에게 재정 지원을 제공하도록** 요구하고 있습니다. 해당 가족의 크기 및 소득에 따라 건강 보험이 있더라도 무료 치료 또는 할인된 가격으로 치료를 받을 자격이 있을 수 있습니다. 저희 병원의 재정 지원 정책 및 단계별 지침에 대해 살펴보려면 거주하고 있는 주의 웹사이트(<https://www.providence.org/obp>)를 방문해 주십시오.

**재정 지원은 무엇을 보장합니까?** 의료 재정 지원은 자격에 따라 저희 병원 중 한 곳에서 제공하는 의학적으로 필요한 병원 치료를 보장합니다. 재정 지원은 다른 조직에서 제공하는 서비스를 포함하여 모든 의료 비용을 보장하지 않을 수도 있습니다.

**본 신청서 작성 시 질문이 있거나 도움이 필요한 경우:** 재정 지원 정책, 프로그램에 대한 정보 및 신청 자료는 저희 웹사이트 또는 전화를 통해 받아 보실 수 있습니다. 장애 및 언어 지원 등 어떤 사유에 대해서도 도움을 받을 수 있습니다. 서면 번역본은 요청하면 받아보실 수 있습니다.

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

고객 서비스 담당자: 1-855-229-6466

월요일 ~ 금요일 오전 8시부터 오후 5시까지

### 신청서 처리를 위해 다음 정보를 제공해야 합니다.

- 가족에 대한 정보 제공**  
가구에 거주하고 있는 가족 수를 적어주십시오(함께 거주하는 출생, 결혼 또는 입양을 통해 관련된 사람을 포함하는 가족)
- 급여 명세서, W-2 양식, 세금 보고서, 소셜 시큐리티 지급 서신 등을 포함하여 가족의 총 월 소득(세금 및 공제 전 소득)에 대한 정보 제공**  
(자세한 예는 재정 지원 신청서 소득 섹션 참조)
- 가족 소득에 대한 서류 제공 및 자산 신고**
- 필요한 경우 추가 정보 첨부**
- 재정 지원 신청서에 서명 및 날짜 기입**

**참고:** 재정 지원을 신청하기 위해 소셜 시큐리티 번호를 제공할 필요는 없습니다. 소셜 시큐리티 번호를 제공하는 경우 신청서를 신속하게 처리하는 데 도움이 됩니다. 소셜 시큐리티 번호는 병원에 제공된 정보를 확인하는 데 사용됩니다. 소셜 시큐리티 번호가 없는 경우 “해당 없음” 또는 “NA”에 표시해 주십시오.

모든 문서와 함께 작성 완료한 신청서를 우편으로 보내주십시오. Providence Regional Business Office, P.O. Box 3299, Portland, 또는 97208-3395번. 본인을 위해 사본을 보관해 두십시오.

**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 귀하에게 청구서가 갈 수 있습니다.**



### 자선 치료/재정 지원 신청서 - 기밀

모든 정보를 완전히 작성해 주십시오. 해당하지 않는 경우, "NA"를 적어주십시오.  
필요 시 추가 페이지를 첨부해 주십시오.

#### 적격 심사 정보

- 통역가가 필요하십니까?  예  아니요 '예'인 경우, 선호 언어를 적어주십시오:
- 환자가 Medicaid를 신청한 적이 있습니까?  예  아니요
- 환자가 TANF, Basic Food(기본 식품), 또는 WIC 등 주 공공 서비스를 받고 있습니까?  예  아니요
- 환자가 현재 노숙 상태입니까?  예  아니요
- 환자의 의학적 치료가 자동차 사고 또는 산업 재해와 관련되어 있습니까?  예  아니요

#### 참고

- 귀하가 신청하더라도 재정 지원에 대한 자격이 된다고 병원은 보장하지 않습니다.
- 신청서를 발송하면 병원은 모든 정보를 확인하고, 추가 정보나 소득 증빙을 요청할 수 있습니다.
- 작성이 완료된 신청서 및 서류를 접수한 후 14일 이내에 귀하가 지원 자격이 되는지 통지해 드립니다.

#### 환자 및 신청자 정보

환자 이름 <input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> 여성 <input type="checkbox"/> 기타(구체적으로 적어주십시오 _____)	환자 중간 이름 생년월일	환자 성 환자 소셜 시큐리티 번호(선택 사항*)  <small>*선택 사항이지만 주 법률 요건 이상의 관대한 지원을 위해 필요함</small>
청구서 지불 책임자	환자와의 관계 생년월일	소셜 시큐리티 번호(선택 사항*)  <small>*선택 사항이지만 주 법률 요건 이상의 관대한 지원을 위해 필요함</small>
우편 주소 _____ _____ 시 _____ 주 _____ 우편 번호 _____		주요 연락처 번호 ( ) _____ ( ) _____ 이메일 주소: _____

청구서 지불 책임자의 고용 상태  
 취업(취업 날짜: \_\_\_\_\_)     실직(실직 상태 기간: \_\_\_\_\_)  
 자영업     학생     장애     은퇴     기타(\_\_\_\_\_)

#### 가족 정보

귀하를 포함하여 가구에 포함된 가족을 기재해 주십시오. "가족"은 함께 거주하는 출생, 결혼 또는 입양을 통해 관련된 사람을 포함합니다.

가족 크기 \_\_\_\_\_

필요한 경우 추가 페이지를 첨부

이름	생년월일	환자와의 관계	18세 이상의 경우: 고용주 이름 또는 소득 원천	18세 이상의 경우: 총 월 소득(세전):	재정 지원을 신청하시겠습니까?
					예/아니요
					예/아니요
					예/아니요
					예/아니요

모든 성인 가족의 소득을 공개해야 합니다. 소득 원천의 예:

- 임금    - 실직    - 자영업    - 근로자 보상    - 장애    - SSI    - 자녀 양육비/배우자 부양비
- 워크 스터디 프로그램(학생)    - 연금    - 은퇴 계정 배급    - 기타(적어 주십시오 \_\_\_\_\_)



## 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 신고서, 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 지원 자격 승인서/거부서, 또는
- 실직 급여 자격 승인서/거부서.

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

### 지출 정보

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

월 가구 지출:

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

### 자산 정보

귀하의 소득이 연방 빈곤 지침의 101% 이상인 경우 이 정보를 사용할 수 있습니다.

현재 당좌계좌 잔액

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

현재 보통 예금 계좌 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, 과도한 의료 비용, 계절적 또는 일시적인 소득, 또는 개인 손실 등 현재의 재정 상황에 대한 다른 정보를 알고 싶은 경우 추가 페이지를 첨부하십시오.

### 환자 동의

본인은 Providence 가 재정 지원 또는 지불 계획에 대한 자격을 결정하도록 돕기 위해 신용 정보를 검토하고 다른 출처로부터 정보를 획득하여 정보를 검증할 수 있음을 이해합니다.

본인은 위의 정보가 본인의 최선의 지식 범위에서 진실하고 정확하다는 것을 확인합니다. 본인이 제공한 재정 정보가 허위로 판정되는 경우, 재정 지원이 거부될 수 있으며, 본인에게 제공된 서비스에 대한 지불 책임이 있으며 지불하게 될 수 있음을 이해합니다.

신청인 서명 \_\_\_\_\_

날짜 \_\_\_\_\_