



## チャリティケア/財政援助申請書の指示

プロビデンスの健康とサービスに資金援助(として知られている慈善医療)のアプリケーションです。

**連邦および州の法律に財政援助を提供するためにすべての病院が必要とします**人や家族の収入要件を満たす人。資格があります無料のケアや家族サイズおよび収入に基づいて割引料金ケア健康保険を持っている場合でも。財政援助方針を表示、スライドスケールガイドラインから州のウェブサイトが存在するしてください <https://www.providence.org/obp>.

**財政援助は何をカバーするのですか。** 医療支援は、あなたの資格に応じて私たちの病院の1つによって提供される医学的に必要な入院治療をカバーしています。財政援助は他の組織によって提供されるサービスを含む、すべての医療費をカバー可能性があります。

**質問があるかヘルプこのアプリケーションを完了する必要があります。** 財政援助方針、プログラム、およびアプリケーション材料に関する情報は、当社のウェブサイト上または電話経由で利用可能。障害と言語支援を含む何らかの理由でヘルプを取得可能性があります。リクエストの書かれた文書を翻訳しました。

連絡方法は次のとおりです。 <https://www.providence.org/obp>

カスタマーサービス担当者：503-215-3030 または 866-747-2455

月曜日～金曜日の午前8時から午後5時まで

### **あなたのアプリケーションを処理するため、する必要があります。:**

- あなたの家族についての情報を提供してください  
あなたの家族の家族の数を記入してください  
同居している出生、結婚、または養子縁組によって関連する)
- 給与明細、W-2 フォーム、申告、社会保障賞文字などを含むようにあなたの家族の総所得(税金控除前に、所得)に関する情報を提供します。  
(その他の例については、財政援助申請所得課を参照してください)
- 家族の所得に関する書類を提出し、資産を申告する
- 必要に応じて追加情報を添付する
- 財政援助用紙に署名して日付を記入する

**注: 支援を適用する社会保障番号を提供する必要はありません。** 社会保障番号で私たちを提供する場合、アプリケーションの処理を高速化に役立ちます。社会保障番号を使用して、ご提供いただいた情報を確認します。社会保障番号を持っていない場合してくださいマーク「該当なし」か"ナ"。

**すべてのドキュメントが完了したメールアプリケーション:** PH & S 地域ビジネス オフィス、私書箱 3299 ポートランド、OR 97208-3395。必ず自分のコピーを保持してください。

**人に、完成したアプリケーションを提出する:** あなたの最も近い病院会計室に連れて

我々は該当する場合、所得のマニュアルを含む完全な財政援助のアプリケーションを受信後 30 日以内資格とアピール権の最終的な決定のあなたが通知されます。



## チャリティケア/財政援助申請書の指示

資金援助の申し込みによって財政上の義務および情報の確認に必要な問い合わせをするために私たちの同意を与えます。資金援助の申し込みによって財政上の義務および情報の確認に必要な問い合わせをするために私たちの同意を与えます。

**我々は手助けをしたい。速やかに申請してください! 我々はお客様の情報を受信するまでは、請求書を受け取ることがあります。**



## チャリティケア/財政支援申請書 - 機密

完全にすべての情報を記入してください。それが該当しない場合は「na という」を書く必要な場合は、適宜用紙を追加します。

スクリーニング情報		
通訳が必要ですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ      はいの場合、優先言語をリストします。		
患者はメディケイドを申請しましたか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
患者は TANF、Basic Food、または WIC などの州の公共サービスを受けていますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
患者は現在ホームレスですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
患者の医療ニーズは、自動車事故または労働災害に関連していますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
ご注意ください		
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 適用した場合でも資金援助のために修飾することは保証できません。</li> <li>● アプリケーションで送信すると、我々がすべての情報を確認し、追加情報や所得の証明を求めることがあります。アプリケーションで送信すると、我々がすべての情報を確認し、追加情報や所得の証明を求めることがあります。</li> <li>● 30 日以内完成したアプリケーションとドキュメントを受け取る我々我々で通知される場合は支援を受ける資格。</li> </ul>		
患者と申請者の情報		
患者の名	患者のミドルネーム	患者の姓
<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ を明記してもよい)	誕生日	患者の社会保障番号 (オプション*)  <small>*オプションですが、州法の要件を上回るより寛大な支援が必要です</small>
請求書の支払責任者	患者との関係	誕生日  社会保障番号 (オプション)  <small>*オプションですが、州法の要件を上回るより寛大な支援が必要です</small>
送り先		主な連絡先番号 ( ) _____ ( ) _____ 電子メールアドレス: _____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
請求書の支払責任者の雇用状況 <input type="checkbox"/> 雇用されている (雇用日: _____) <input type="checkbox"/> 失業中 (失業期間: _____) <input type="checkbox"/> 自営業者 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 障害者 <input type="checkbox"/> 退職者 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )		

## チャリティケア/財政支援申請書 - 機密

### 家族情報

あなたも含めて、あなたの世帯の家族メンバーの一覧。「家族」には誕生結婚、または養子縁組による関連する一緒に住む人々には含まれています。

ファミリーサイズ \_\_\_\_\_

必要に応じて追加のページを添付する

名	生年月日	患者との関係	18歳以上の場合 雇用主の名前または収入源	18歳以上の場合 月額総収入（税引前）：	また、財政援助を申請しますか？
					はい/いいえ
					はい/いいえ
					はい/いいえ
					はい/いいえ

成人の家族全員の収入を開示する必要があります。収入源には、例えば、：

- 賃金 - 失業 - 自営業 - 労働者の補償 - 障害 - SSI - 子供/配偶者の支援
- 労働研究プログラム（学生） - 年金 - 退職金の分配 - その他（説明してください \_\_\_\_\_）

### 所得情報

*注意: アプリケーションでの収入の証拠を含める必要があります。*

**家族の収入に関する情報を提供しなければなりません。財政援助を決定するために所得検証が必要です。**  
**18歳以上の家族は全員、収入を開示しなければなりません。あなたがドキュメンテーションを提供することができないならば、あなたはあなたの収入を説明する書面による署名された声明を提出することができます。確認された収入源ごとに証明を提供してください。**

**収入の証明の例としては、：**

- "W-2"源泉徴収陳述。または
- 現在の給与明細（3ヶ月）。または
- 昨年の所得税申告書（該当する場合はスケジュールを含む）。または
- 雇用主または他者からの書面による署名付きの声明。または
- メディケイドおよび/または州が資金援助する医療援助の適格性の承認/否認。または
- 失業補償の資格の承認/否認。

収入の証明も収入もない場合は、説明付きの追加ページを添付してください。

### 経費情報

*この情報を使用して、あなたの財政状況のより完全な画像を得る。*

毎月の家計費:

家賃/住宅ローン     \$ _____	医療費     \$ _____
保険料     \$ _____	公益事業 \$ _____
その他の債務/経費 \$ _____ (養育費、ローン、薬、その他)	

チャリティケア/財政支援申請書 - 機密

<b>資産情</b>	
<i>あなたの収入は、連邦政府の貧困ガイドラインの101%を超えている場合、この情報を使用可能性があります。</i>	
当座預金口座残高 \$ _____ 現在の普通預金口座残高 \$ _____	あなたの家族はこれらの他の資産を持っていますか？ <b>該当するものすべてを確認してください</b> <input type="checkbox"/> 株式 <input type="checkbox"/> 債券 <input type="checkbox"/> 401K <input type="checkbox"/> 健康貯蓄口座 <input type="checkbox"/> 信託 <input type="checkbox"/> 物件（一次住居を除く） <input type="checkbox"/> 事業を営む
<b>追加情</b>	
経済的困難など、過剰な医療費、季節を知って希望あなたの現在の財務状況に関する情報または一時所得のための個人的な損失がある場合は、追加のページに添付してください。	
<b>患者契約</b>	
私は、Providence Health and Services が、信用情報を検討し、他の情報源から情報を入手して、資金援助または支払い計画の適格性を判断するのを助けることによって情報を検証できることを理解しています。  上記の情報は真実であり、私の知る限りで正しいことを私は確認します。提供した財務情報が誤っていると判断された場合、その結果が資金援助の否認であり、提供されたサービスに対して責任を負い、支払いを行うことが期待される場合があります。	
_____ 申請者の署名	_____ 年代