



자선 관리/재정 지원 신청 양식 지침

이 재정 지원 (로 알려진 또한 자선 케어) 프로 비 던스 보건 및 서비스에 대 한 응용 프로그램입니다.

연방 및 주 법 필요로 재정 지원을 제공 하기 위해 모든 병원사람과 특정 소득 요건을 충족 하는 가족. 받을 수 있습니다 무료로 또는 감소 가격 관리 가족 크기 및 소득에 따라 건강 보험을가지고 하더라도. 보기 우리의 재정 지원 정책 및 규모 지침 슬라이드로 이동 하십시오 국가 웹사이트에서 거주 <https://www.providence.org/obp>.

재정 지원을 포함 합니까? 의료 재정 지원 자격에 따라 우리의 병원 중 하나에서 제공 하는 의학적으로 필요한 병원 치료를 다루고 있습니다. 재정 지원을 하지 다른 조직에서 제공 하는 서비스를 포함 한 모든 의료 비용을 커버 수 있습니다.

만약 당신이 질문이 나이 응용 프로그램을 완료 하는 데 도움이 필요: 우리의 재정 지원 정책, 프로그램, 그리고 응용 프로그램 자료에 대 한 내용은 홈페이지 또는 전화를 통해 사용할 수 있습니다. 어떤 이유로, 장애 및 언어 지원을 포함 하여 도움을 얻을 수 있습니다. 요청 시 서 면된 문서를 번역. 저희에 게 연락 하는 방법:

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

고객 서비스 담당자: 503-215-3030 또는 866-747-2455

월요일-금요일 오전 오후 8 시 5 시

처리 하는 응용 프로그램에 대 한 순서로 해야 합니다:

- **우리에 게 당신의 가족에 대 한 정보를 제공**
가정에서 가족 구성원의 수 입력 (가족 포함 함께 사는 출생, 결혼 또는 채용 관련 된 사람들)
- **급여 명세서, W-2 양식, 세금, 사회 보장 수상 편지, 등을 포함 하도록 가족의 총 소득 (세금 공제 하기 전에 소득)에 대 한 정보 제공**
(더 많은 예제에 대 한 재정 지원을 응용 프로그램 수입 섹션 참조)
- **가족 소득에 대 한 설명서를 제공 하 고 자산을 선언**
- **필요한 경우 추가 정보를 첨부**
- **서명 하 고 날짜를 재정 지원 양식**

참고: 당신이 필요가 없습니다 재정 지원을 신청 하는 사회 보장 번호를 제공 하. 당신이 당신의 사회 보장 번호를 제공 하는 경우 응용 프로그램의 처리 속도 도움이 됩니다. 주민등록 번호는 우리에 게 제공 하는 정보를 확인 하는 데 사용 됩니다. 주민 등록 번호 없는 경우 "해당 없음" 또는 "없음."를 표시 하시기 바랍니다



자선 관리/재정 지원 신청 양식 지침

모든 문서를 응용 프로그램 완료 메일: PH & S 지역 영업소, 사서함 3299 포틀랜드, OR 97208-3395. 자신에 대한 복사본을 보관 해야 합니다.

완성 된 신청서를 직접 제출하려면 : 가까운 병원 교정 사무소로 가져 가십시오.

소득 증빙 서류를 포함하여 완전한 재정적 지원 신청을받은 날로부터 30 일 이내에 자격 및 이의 제기 권리에 대한 최종 결정을 통보합니다.

재정 지원 신청서를 제출함으로써, 귀하는 재정적 의무와 정보를 확인하기 위해 필요한 문의를 할 것에 동의합니다.

**우리는 돕고 싶다. 즉시 응용 프로그램을 제출 하십시오! 우리는 귀하의 정보를
받을 때까지 청구서를 받을 수 있습니다.**

자산 관리/재정 지원 신청서-기밀

모든 정보를 완전히 작성 하십시오. 경우에 적용 되지 않습니다 작성 "없음." 필요한 경우 추가 페이지를 연결 합니다.

상영 정보		
통역 필요 하십니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니 그렇다면, 목록에서 선호 하는 언어:		
환자는 메디 케이드에 대 한 적용? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니		
환자는 TANF, 기본적인 음식, WIC 등 국가 공공 서비스를 받지? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니		
환자는 현재 노숙자? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니		
환자의 의료 자동차 사고 또는 작업 부상에 관련 된 필요? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니		
알려주십시오		
<ul style="list-style-type: none"> 우리가 적용 하는 경우에 재정 지원의 받을 것 이다 보장할 수 없습니다. 응용 프로그램에 전송 되 면 우리는 모든 정보를 확인할 수 있습니다. 하 고 추가 정보 또는 소득의 증거를 요청할 수 있습니다. 30 일 이내에 접수 완료 된 응용 프로그램 및 문서, 후 우리 알려드리겠습니다 경우 지원 자격. 		
환자 및 신청자 정보		
환자 이름	환자 중간 이름	환자 성
<input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> 여성 <input type="checkbox"/> 기타 (_____을 지정할 수도 있음)	생일	환자 사회 보장 번호 (선택 사항 *) <small>* 선택 사항이지만 주법 요구 사항보다 더 관대 한 지원이 필요합니다.</small>
청구서 지불 책임자	환자와의 관계	생일 사회 보장 번호 (선택 사항 *) <small>* 선택 사항이지만 주법 요구 사항보다 더 관대 한 지원이 필요합니다.</small>
우편 주소		주요 연락처 (들) () _____ () _____ 이메일 주소: _____
_____	_____	
시티	주	우편 번호
청구서를 지불에 대 한 담당자의 고용 상태 <input type="checkbox"/> 고용 (고용 일자 : _____) <input type="checkbox"/> 실업자 (실업 상태 : _____) <input type="checkbox"/> 자영업 <input type="checkbox"/> 학생 <input type="checkbox"/> 장애 <input type="checkbox"/> 퇴직 <input type="checkbox"/> 기타 (_____)		



자선 관리/재정 지원 신청서-기밀

자산 정보

귀하의 소득이 연방 빈곤 지침의 101% 이상 사용 하는 경우 이 정보를 사용할 수 있습니다..

현재 당좌 계정 잔액
\$ _____

가족이 다른 자산가지고 있습니까?

모두 적용을 확인 하시기 바랍니다

현재 저축 계정 잔액
\$ _____

주식 채권 401K 저축 예금 계좌 신탁

부동산 (주거용 제외) 사업체 소유

추가 정보

다른 재정적 어려움 등 과도 한 의료 비용, 계절을 알고 우리를 하려는 귀하의 현재 재정 상황에 대 한 정보 또는 임시 소득, 또는 개인 손실 경우 추가 페이지를 첨부 하십시오.

환자 동의서

본인은 Providence Health and Services 가 신용 정보를 검토하고 재정 지원 또는 지불 계획의 수혜 자격을 결정하는 데 도움이되는 다른 출처의 정보를 얻음으로써 정보를 확인할 수 있음을 이해합니다.

위의 정보가 본인이 알고있는 한 사실이고 정확하다는 것을 확인합니다. 본인이 제공 한 금융 정보가 거짓으로 판명 될 경우 그 결과는 재정 지원 거부가 될 수 있으며 제공된 서비스에 대해 책임을 질 수 있습니다.

적용 하는 사람의 서명

날짜