



## 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 우리에게 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"> <li>우리가 적용 하는 경우에 재정 지원의 받을 것 이다 보장할 수 없습니다.</li> <li>응용 프로그램에 전송 되 면 우리는 모든 정보를 확인할 수 있습니다. 하 고 추가 정보 또는 소득의 증거를 요청할 수 있습니다.</li> <li>30 일 이내에 접수 완료 된 응용 프로그램 및 문서, 후 우리 알려드리겠습니다 경우 지원 자격.</li> </ul>		
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

가족 정보					
<p>목록 당신을 포함 해, 가정에서 가족 회원. 함께 사는 출생, 결혼 또는 채용 관련 된 사람들을 포함 하는 "가족".</p> <p style="text-align: center;">가족 크기 _____ <span style="float: right;">필요한 경우 추가 페이지 첨부</span></p>					
이름	생년월일	환자와의 관계	18 세 이상인 경우 : 고용주의 이름이나 수입원	18 세 이상인 경우 : 총 월 수입 (세금 전):	또한 재정 지원을 신청합니까?
					예 / 아니
					예 / 아니
					예 / 아니
					예 / 아니
<p><b>모든 성인 가족 구성원의 수입을 공개 해야 합니다. 예를 들어 소득의 소스 포함:</b></p> <p>- 임금 - 실업 - 자영업 - 근로자 보상 - 장애 - SSI - 자녀 / 배우자 부양비 - 취업 학습 프로그램 (학생) - 연금 - 은퇴 계좌 개설 - 기타 (설명 해주십시오 _____)</p>					
소득 정보					
<i>지역: 신청서와 함께 소득의 증거를 포함 해야 합니다.</i>					
<p>가족의 소득에 정보를 제공 해야 합니다. 소득 확인은 재정 지원을 결정 해야 합니다.</p> <p><b>모든 가족 구성원 18 세 이상 자신의 수입을 공개 해야 합니다. 설명서를 제공할 수 없는 경우 서명된 성명 설명 하는 귀하의 수입을 제출할 수 있습니다. 확인 된 모든 소득원에 대 한 증거를 제공 하십시오. 소득의 증거의 예로:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• "W-2"원천 징수 명세서. 또는</li> <li>• 현재 급여 명세서 (3 개월); 또는</li> <li>• 해당되는 경우, 일정을 포함한 작년 소득세 신고서; 또는</li> <li>• 고용주 또는 다른 사람으로부터 서면으로 서명 한 진술; 또는</li> <li>• 메디 케이드 및 / 또는 주정부가 지원하는 의료 지원에 대한 자격 승인 / 거부; 또는</li> <li>• 실업 보상 수급 자격의 승인 / 거절.</li> </ul> <p>만약 당신이 소득의 증거 또는 아무 소득, 설명 추가 페이지를 첨부 하십시오.</p>					
비용 정보					
<i>이 정보를 사용 하여 귀하의 재정 상황의 더 완전 한 그림을 얻을 수는 우리.</i>					
<b>월별 가구 지출:</b>					
렌트 / 모기지	\$ _____	의료 비용	\$ _____		
보험료	\$ _____	유용	\$ _____		
기타 부채 / 지출	\$ _____ (아동 양육비, 융자, 의약품, 기타)				



자산 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  
\$ \_\_\_\_\_

현재 저축 계정 잔액  
\$ \_\_\_\_\_

가족이 다른 자산가지고 있습니까?

**모두 적용을 확인 하시기 바랍니다**

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