

慈善护理/经济援助申请表格说明

这是一份在普罗维登斯卫生和服务部门申请财政援助 (也称为慈善护理) 的申请。

联邦和州法律要求所有医院向符合某些收入要求的人和家庭提供财政援助。你可能有资格根据你的家庭规模和收入获得免费护理或降价护理, 即使你有医疗保险。要查看我们的财政援助政策和幻灯片规模指南, 请从

<https://www.providence.org/obp> 访问居住州网站

财政援助包括哪些内容? 医疗财政援助包括由我们的一家医院根据您的资格提供的医疗所需的医院护理。财政援助可能无法支付所有保健费用, 包括其他组织提供的服务。

如果您在完成本申请时有任何疑问或需要帮助: 我们的财务援助政策、有关程序的信息以及申请材料可在我们的网站上或通过电话获得。您可以出于任何原因获得帮助, 包括残疾和语言援助。可根据要求提供翻译的书面文件。以下是联系我们方法: <https://www.providence.org/obp>

客户服务代表: 503-215-3030 或 866-747-2455

周一至周五上午 8:00 至下午 5:00

为了处理您的申请, 您必须:

- 向我们提供有关您的家庭的信息填写您家庭中的家庭成员数量 (家庭包括因出生、婚姻或收养而共同生活的人)
- 向我们提供有关您家庭的月总收入 (税前收入和扣除) 的信息, 包括工资存根、W-2 表格、纳税申报单、社会保障奖励函等 (更多示例, 请参见财政援助申请收入部分)
- 提供家庭收入和申报资产的文件
- 如果需要, 请附加其他信息
- 在财政援助表上签字并注明日期

注: 您无需提供社会保障号码即可申请经济援助。如果您向我们提供您的社会保障号码, 将有助于加快您的申请的处理速度。社会保障号码用于核实提供给我们信息。如果您没有社保号码, 请注明 "不适用" 或 "NA"。

邮寄或传真完成了申请, 并提供了所有文件: PH & S 区域商务办公室, p. o. box 3299 波特兰, 或 97208-3395。一定要给自己留一份。

亲自递交填妥的申请: 前往最近的医院收银员办公室

我们将在收到完整的财政援助申请 (包括收入文件) 后 14 天内通知您资格和上诉权的最终确定 (如适用)。

通过提交财政援助申请, 您同意我们进行必要的调查, 以确认财务义务和信息。

我们想帮忙。请及时提交您的申请! 在我们收到您的信息之前, 您可能会收到账单。

慈善护理/财政援助申请表-保密

请完整填写所有信息。如果不适用, 请写"NA"。如果需要, 附加其他页面。

スクリーニング情報

你需要翻译吗? はい いいえ 如果是, 请列出首选语言:

病人申请医疗补助了吗? はい いいえ

患者是否接受国家公共服务, 如 TANF、基本食品或 WIC? はい いいえ

病人现在无家可归吗? はい いいえ

病人的医疗需要是否与车祸或工伤有关? はい いいえ

ご注意ください

- 我们不能保证您有资格获得财政援助, 即使您申请。
- 一旦您提交申请, 我们可能会检查所有信息, 并可能要求提供额外信息或收入证明。
- 在我们收到您完整的申请和文件后 14 天内, 我们将通知您您是否有资格获得帮助。

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 (指定可能 _____)	誕生日	患者社会保障号码 (可选 *) * 可选, 但需要比州法律要求更慷慨的援助
负责支付账单的人	与患者的关系	誕生日
		社会保障号码 (可选 *) * 可选, 但需要比州法律要求更慷慨的援助
邮寄地址 _____ _____ 市 州 邮政编码		主要联系电话 () _____ () _____ 电子邮件地址: _____
负责支付账单的人的就业状况 <input type="checkbox"/> 就业 (雇用日期: _____) <input type="checkbox"/> 失业 (失业多久: _____) <input type="checkbox"/> 自雇人士 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 残 <input type="checkbox"/> 退休 <input type="checkbox"/> 其他 (_____)		

家庭信息

列出家庭所有成员, 包括 "家庭" 包括出生、婚姻、收养和共同继承人。
家庭规模 _____

如果需要, 附加其他页面

名称	出生日期	与患者的关系	年满 18 岁的: 雇主姓名或收入来源	如果年满 18 岁或 18 岁以上: 月总收入 (税前):	也申请财政援助?
					是/否
					是/否

必须披露所有成年家庭成员的收入。收入来源包括, 例如:

- 工资 - 失业 - 自主就业 - 劳动者报酬 - 失能 - SSI - 儿童/配偶支持 - 工作学习课程 (学生) - 养老金
- 退休帐户分配 - 其他 (请解释 _____)

慈善护理/财政援助申请表-保密

INCOME INFORMATION

记住: 您必须在申请中提供收入证明。

你必须提供你的家庭收入的信息。需要进行收入核查, 以确定财政援助。

所有 18 岁或 18 岁以上的家庭成员都必须披露其收入。如果您无法提供文档, 您可以提交一份书面签署声明, 说明您的收入。请提供每一个已查明的收入来源的证据。 收入证明的例子包括:

- "W-2" 扣缴声明;或
- 现行工资存根 (3 个月);或
- 去年的所得税报税表, 包括适用的附表;或
- 雇主或其他人的书面签名声明;或
- 批准/拒绝获得医疗补助和/或国家资助的医疗援助的资格; 或
- 批准拒绝领取失业补偿的资格。

如果您没有收入证明或没有收入, 请附上一个额外的页面, 并解释。

费用信息

我们使用这些信息来更完整地 了解您的财务状况。

每月家庭开支:

出租/抵押贷款 \$ _____	医药费用 \$ _____
保险费 \$ _____	公用事业 \$ _____
其他债务/费用 \$ _____ (儿童抚养费、贷款、药物、其他)	

资产信息

如果您的收入超过联邦贫困准则的 101%, 则可能会使用此信息。

往来支票账户余额

\$ _____

经常储蓄账户余额

\$ _____

你的家人有其他资产吗?

请检查所有适用的

- 股票 债券 401K 健康储蓄账户 信托 (S)
 物业 (不包括主要住所) 拥有一家企业

附加信息

如果您希望我们了解您当前财务状况的其他信息, 如经济困难、医疗费用过高、季节性或临时收入或个人损失, 请附上额外的页面。

患者协议

据我了解, 普罗维登斯卫生和服务部门可能会通过查看信用信息和从其他来源获取信息来验证信息, 以协助确定获得财政援助或付款计划的资格。

我肯定, 就我所知, 上述信息是真实和正确的。我明白, 如果我提供的财务资料被确定为虚假, 结果可能是拒绝提供财政援助, 我可能要为所提供的服务负责并期望支付费用。

申请人的签名

日期