

チャリティケア/財政援助申請書の指示

これは、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。

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しますか？ 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。

質問を持っているか、このアプリケーションを完了させる必要がある場合: 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 サービス代表者: 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
ご家庭での家族のメンバーの数を入力 (家族を含む一緒に住んでいる人が誕生、結婚、または養子縁組による関連)
- 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)
- 家族の所得に関する文書を提供し、資産を宣言する
- 必要に応じて追加情報を添付する
- 資金援助フォーム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に提供する場合、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"。

すべての書類を添付した申請書を郵送またはファックスで送付: 私書箱 3299 ポートランド、OR 97208-3395、PH・S 地域営業所必ず自分のコピーを保持してください。

記入済みの申請書を直接提出するには: 最寄りのHospital Cashier Officeにお持ちください。

我々は必要に応じて、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 14 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。

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/財政援助申請書 - 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？ はい 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？ はい いいえ

患者は TANF、基本的な食糧、WIC など状態公共サービスを受けるか。 はい いいえ

患者は現在ホームレスですか？ はい いいえ

車の事故や仕事の損傷に関連する必要があります患者さんの医療は？ はい いいえ

ご注意ください

- 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。
- 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。
- 14 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。

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		患者の社会保障番号（オプション） <i>* オプションですが、州法の要件上のより寛大な支援のために必要</i>
請求書の支払責任者	患者との関係	誕生日	患者の社会保障番号（オプション） <i>* オプションですが、州法の要件上のより寛大な支援のために必要</i>
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"/> 雇用日（雇用日： _____） <input type="checkbox"/> 失業者（失業者の長さ： _____） <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 無効 <input type="checkbox"/> 引退した <input type="checkbox"/> その他の（ _____）			

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が含まれています。

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	もし 18 歳以上: 突然名や収入のソース	もし 18 歳以上: (税引前)に、の総体の月収入の合計します。	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

すべて大人の家族の収入を開示する必要があります。たとえば、収入源を含めます。

- 賃金 - 失業 - 自己雇用 - 労災補償 - 障害者 - SSI - 子供／配偶者支援
- 実習プログラム (学生) - 年金 - 退職金の分配 - その他 (説明してください _____)

チャリティケア/財政援助申請書 - 機密

所得情報

注意：あなたはあなたの申請書に収入の証明を含めなければなりません。

あなたの家族の収入に関する情報を提供する必要があります。所得証明は財政援助を決定する必要があります。家族全員 18 歳以上は、その利益を開示しなければなりません。ドキュメントを提供することはできません、あなたの収入を説明する署名された書面を提出できます。所得のすべての識別されたソースの証拠を提供してください。所得の証明の例があります。

- W-2」源泉徴収陳述。または
- 現在の給与明細（3ヶ月）。または
- 該当する場合はスケジュールを含む、昨年の所得税申告または
- 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。

所得の証明や収入がないのあなたの場合は、説明に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)	

資産情報

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。

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？ 該当するものすべてを確認してください <input type="checkbox"/> 株価 <input type="checkbox"/> ボンド <input type="checkbox"/> 401K <input type="checkbox"/> 健康貯蓄口座 <input type="checkbox"/> 信託 <input type="checkbox"/> 物件（本居を除く） <input type="checkbox"/> 自分のビジネス
---	--

追加情報

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。

患者契約

私はプロビデンス保健サービスが審査信用情報と金融支援や支払い計画のための資格を決定する際に支援するために他のソースから情報を取得して情報を確認可能性があります理解します。

私は私の知識の限りで、上記の情報が真実で正しいことを確認します。理解する私を与える金融情報が虚偽であると判断された場合、援助の拒否になりますが提供するサービスのために支払うお。 _____

申請者の署名 _____

日付 _____