

자선 치료/재정 지원 신청서 지침

본 양식은 Providence Health and Services의 재정 지원(자선 치료라고도 함) 신청서입니다.

연방 및 주 법에 따라 모든 병원은 특정 소득 요건을 충족시키는 사람 및 가족에게 재정 지원을 제공하도록 요구하고 있습니다. 해당 가족의 크기 및 소득에 따라 건강 보험이 있더라도 무료 치료 또는 할인된 가격으로 치료를 받을 자격이 있을 수 있습니다. 저희 병원의 재정 지원 정책 및 단계별 지침에 대해 살펴보려면 거주하고 있는 주의 웹사이트(<https://www.providence.org/obp>)를 방문해 주십시오.

재정 지원은 무엇을 보장합니까? 의료 재정 지원은 자격에 따라 저희 병원 중 한 곳에서 제공하는 의학적으로 필요한 병원 치료를 보장합니다. 재정 지원은 다른 조직에서 제공하는 서비스를 포함하여 모든 의료 비용을 보장하지 않을 수도 있습니다.

본 신청서 작성 시 질문이 있거나 도움이 필요한 경우: 재정 지원 정책, 프로그램에 대한 정보 및 신청 자료는 저희 웹사이트 또는 전화를 통해 받아 보실 수 있습니다. 장애 및 언어 지원 등 어떤 사유에 대해서도 도움을 받을 수 있습니다. 서면 번역본은 요청하면 받아보실 수 있습니다.

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

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

월요일 ~ 금요일 오전 8시부터 오후 5시까지

신청서 처리를 위해 다음 정보를 제공해야 합니다.

- 가족에 대한 정보 제공**
가구에 거주하고 있는 가족 수를 적어주십시오(함께 거주하는 출생, 결혼 또는 입양을 통해 관련된 사람을 포함하는 가족)
- 급여 명세서, W-2 양식, 세금 보고서, 소셜 시큐리티 지급 서신 등을 포함하여 가족의 총 월 소득(세금 및 공제 전 소득)에 대한 정보 제공**
(자세한 예는 재정 지원 신청서 소득 섹션 참조)
- 가족 소득에 대한 서류 제공 및 자산 신고**
- 필요한 경우 추가 정보 첨부**
- 재정 지원 신청서에 서명 및 날짜 기입**

참고: 재정 지원을 신청하기 위해 소셜 시큐리티 번호를 제공할 필요는 없습니다. 소셜 시큐리티 번호를 제공하는 경우 신청서를 신속하게 처리하는 데 도움이 됩니다. 소셜 시큐리티 번호는 병원에 제공된 정보를 확인하는 데 사용됩니다. 소셜 시큐리티 번호가 없는 경우 “해당 없음” 또는 “NA”에 표시해 주십시오.

모든 문서와 함께 작성 완료한 신청서를 우편으로 보내주십시오. PH&S Regional Business Office, P.O. Box 3299, Portland, 또는 97208-3395번. 본인을 위해 사본을 보관해 두십시오.

작성 완료한 신청서를 직접 제출하는 방법: 가까운 병원 출납계에 제출하십시오

소득 증빙을 포함하여 작성된 재정 지원 신청서를 접수한 후 14일 이내에 최종 자격 결정 또는 이의 제기 권리(해당하는 경우)를 통지할 것입니다.

재정 지원 신청서를 제출함으로써 재정적 의무 및 정보를 확인하기 위해 필요한 질문에 대해 동의하게 됩니다.

도움을 드리고 싶습니다. 신청서를 즉시 제출해 주십시오!
귀하의 정보를 받을 때까지 귀하에게 청구서가 갈 수 있습니다.

자선 치료/재정 지원 신청서 - 기밀

소득 정보

중요 사항: 신청서와 함께 소득 증빙을 동봉해야 합니다.

가족의 소득에 대한 정보를 제공해야 합니다. 재정 지원을 결정하기 위해 소득 검증이 필요합니다.

18세 이상의 모든 가족의 소득을 공개해야 합니다. 서류를 제출할 수 없는 경우 소득을 설명하는 서명 포함 서면 진술서를 제출할 수 있습니다. 확인된 모든 소득 원천 증빙을 제공해 주십시오.

소득 증빙의 예:

- "W-2" 원천 징수 신고서, 또는
- 현재 급여 명세서(3개월), 또는
- 해당하는 경우 명세서를 포함하여 작년의 세금 신고서, 또는
- 서명 포함 고용주 등의 서면 진술서, 또는
- Medicaid 및/또는 주 재정 지원 의료 지원 자격 승인서/거부서, 또는
- 실직 급여 자격 승인서/거부서.

소득 증빙 또는 소득이 없는 경우, 설명을 포함하는 추가 페이지를 첨부해 주십시오.

지출 정보

이 정보는 귀하의 재정 상황에 대한 보다 완전한 계획을 세우기 위해 사용됩니다.

월 가구 지출:

임대료/모기지 \$ _____	의료 비용 \$ _____
보험료 \$ _____	유틸리티 \$ _____
기타 채무/비용 \$ _____ (자녀 양육비, 대출금, 의약품 등)	

자산 정보

귀하의 소득이 연방 빈곤 지침의 101% 이상인 경우 이 정보를 사용할 수 있습니다.

현재 당좌계좌 잔액

\$ _____

현재 보통 예금 계좌 잔액

\$ _____

가족이 다른 자산을 소유하고 있습니까?

해당하는 모든 항목에 체크하십시오

- 주식 채권 401K 건강 예금 계좌 신탁
 부동산(주 거주지 제외) 사업체 소유

추가 정보

재정적 어려움, 과도한 의료 비용, 계절적 또는 일시적인 소득, 또는 개인 손실 등 현재의 재정 상황에 대한 다른 정보를 알리고 싶은 경우 추가 페이지를 첨부하십시오.

환자 동의

본인은 Providence Health and Services가 재정 지원 또는 지불 계획에 대한 자격을 결정하도록 돕기 위해 신용 정보를 검토하고 다른 출처로부터 정보를 획득하여 정보를 검증할 수 있음을 이해합니다.

본인은 위의 정보가 본인의 최선의 지식 범위에서 진실하고 정확하다는 것을 확인합니다. 본인이 제공한 재정 정보가 허위로 판정되는 경우, 재정 지원이 거부될 수 있으며, 본인에게 제공된 서비스에 대한 지불 책임이 있으며 지불하게 될 수 있음을 이해합니다.

신청인 서명 _____

날짜 _____