



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 서면된 문서를 번역. 저희에 게 연락 하는 방법:

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

고객 서비스 담당자: 1-855-229-6466

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 하고 자산을 선언**
- **필요한 경우 추가 정보를 첨부**
- **서명 하고 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: Providence 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.

자선 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)
_____		() _____
_____		() _____
시티	주	우편 번호
		이메일 주소: _____
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>가족 크기 _____ 필요한 경우 추가 페이지 첨부</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

모든 성인 가족 구성원의 수입을 공개 해야 합니다. 예를 들어 소득의 소스 포함:
 - 임금 - 실업 - 자영업 - 근로자 보상 - 장애 - SSI - 자녀 / 배우자 부양비 - 취업 학습 프로그램 (학생) - 연금 - 은퇴 계좌 개설
 - 기타 (설명 해주십시오 _____)

소득 정보

지역: 신청서와 함께 소득의 증거를 포함 해야 합니다.

가족의 소득에 정보를 제공 해야 합니다. 소득 확인은 재정 지원을 결정 해야 합니다.
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:

- "W-2" 원천 징수 명세서. 또는
- 현재 급여 명세서 (3 개월); 또는
- 해당되는 경우, 일정을 포함한 작년 소득세 신고서; 또는
- 고용주 또는 다른 사람으로부터 서면으로 서명 한 진술; 또는
- 메디 케이드 및 / 또는 주정부가 지원하는 의료 지원에 대한 자격 승인 / 거부; 또는
- 실업 보상 수급 자격의 승인 / 거절.

만약 당신이 소득의 증거 또는 아무 소득, 설명 추가 페이지를 첨부 하십시오.

비용 정보

이 정보를 사용 하여 귀하의 재정 상황의 더 완전 한 그림을 얻을 수는 우리.

월별 가구 지출:

렌트 / 모기지 \$ _____ 의료 비용 \$ _____

보험료 \$ _____ 유용 \$ _____

기타 부채 / 지출 \$ _____ (아동 양육비, 용자, 의약품, 기타)

자선 관리/재정 지원 신청서-기밀

자산 정보

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



현재 당좌 계정 잔액 \$ _____ 현재 저축 계정 잔액 \$ _____	가족이 다른 자산가지고 있습니까? 모두 적용을 확인 하시기 바랍니다 <input type="checkbox"/> 주식 <input type="checkbox"/> 채권 <input type="checkbox"/> 401K <input type="checkbox"/> 저축 예금 계좌 <input type="checkbox"/> 신탁 <input type="checkbox"/> 부동산 (주거용 제외) <input type="checkbox"/> 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 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