



## 慈善护理/经济援助申请表说明

这是普罗维登斯的资助申请（也称为慈善护理）。

**联邦和州法律要求所有医院提供财政援助** 符合某些收入要求的人和家庭。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,请访问居住的州网站 <https://www.providence.org/obp>。

**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: 1-855-229-6466

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:**

- 向我们提供有关您家庭的信息  
**填写家庭中的家庭成员人数 (家庭包括因出生、婚姻或收养而共同生活的人)**
- 向我们提供有关您的家庭每月总收入 (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。  
(更多例子见财政援助申请收入科)
- 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的信息。如果您没有社保号码,请注明 "不适用" 或 "NA"。

Mail 完成申请,所有文档到: 普罗维登斯区域业务办公室, 邮政信箱 3299 波特兰, OR 97208-3395.一定要自己留着一份副本。

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 30 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。

筛选信息		
你需要翻译吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 没有 如果是, 请列出首选语言:		
病人申请医疗补助了吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 没有		
患者是否接受国家公共服务, 如 TANF、基本食品或 WIC? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 没有		
病人现在无家可归吗? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 没有		
病人的医疗需要是否与车祸或工伤有关? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 没有		
请注意		
<ul style="list-style-type: none"> <li>我们不能保证您有资格获得财政援助, 即使您申请。</li> <li>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。</li> <li>在我们收到您完整的申请和文件后 14 天内, 我们将通知您是否有资格获得帮助。</li> </ul>		
患者和申请人信息		
患者名字	患者中间名	病人的姓氏
<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 其他 (可指定 _____)	生日	患者社会安全号码 (可选*)  <small>*可选, 但需要在州法律要求之外提供更多慷慨援助</small>
负责支付账单的人	与患者的关系	生日
		社会安全号码 (可选*)  <small>*可选, 但需要在州法律要求之外提供更多慷慨援助</small>
邮寄地址 _____ _____ _____ 市                                      州                                      州		主要联系电话 (    ) _____ (    ) _____ 电子邮件地址: _____
支付账单的负责人的就业状况 <input type="checkbox"/> 就业 (聘用日期: _____) <input type="checkbox"/> 失业者 (失业多长时间: _____) <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(_____ )		



慈善护理/财政援助申请表-保密

家庭信息

列出你家庭中的家庭成员,包括你。"家庭"包括因出生、婚姻或收养而共同生活的人。列出你家庭中的家庭成员,包括你。"家庭"包括因出生、婚姻或收养而共同生活的人。

家庭规模 \_\_\_\_\_ 如果需要,附加其他页面

Table with 6 columns: Name, Date of Birth, Relationship to Patient, If 18 or older: Employer name or source of income, If 18 or older: Monthly total income (before tax), and Do you apply for financial aid? (Yes/No).

所有成年家庭成员的收入必须披露。例如,收入来源包括:

- 工资 - 失业 - 自营职业 - 工人赔偿 - 残疾 - SSI - 儿童/配偶赡养费 - 工作学习计划 (学生) - 养老金 - 退休帐户分配 - 其他 (请解释 \_\_\_\_\_)

收入信息

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岁或以上的家庭成员必须披露其收入。如果您无法提供文件,您可以提交一份书面签署的声明,说明您的收入。请为每个确定的收入来源提供证据。

收入证明的例子包括:

- "W-2"扣缴声明;要么
• 目前的工资单(3个月);要么
• 去年的所得税申报表,包括适用的时间表;要么
• 雇主或其他人的书面签署声明;要么
• 批准/拒绝获得医疗补助和/或国家资助的医疗援助的资格;要么
• 批准/拒绝失业补偿资格。

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您的财务状况。

每月家庭开支:

出租/抵押贷款 \$ \_\_\_\_\_ 医药费用 \$ \_\_\_\_\_
保险保费 \$ \_\_\_\_\_ 公用事业 \$ \_\_\_\_\_
其他债务/费用 \$ \_\_\_\_\_ (子女抚养费,贷款,药物,其他)

慈善护理/财政援助申请表-保密

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  
 财产（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的财务状况的其他信息，请附上额外页面，例如经济困难，医疗费用过高，季节性或临时收入或个人损失。

**患者协议**

我理解普罗维登斯可以通过审查信用信息和从其他来源获取信息来验证信息，以帮助确定获得财政援助或付款计划的资格。

我确认上述信息在我所知的情况下是真实和正确的。我理解，如果我提供的财务信息被确定为虚假，结果可能是拒绝提供经济援助，我可能负责并期望支付所提供的服务。

\_\_\_\_\_  
人员签名申请

\_\_\_\_\_  
日期