



환자 귀하,

## 신청 지침서

Providence Health Services 재정 지원 프로그램을 신청하시려면 첨부된 신청서를 작성해서 반송해 주십시오. 질문이 있는 경우에는 재정 지원 담당자 전화 800-566-5050 으로 연락하면 도움을 받을 수 있습니다.

## 자격

재정 지원 자격이 되려면 다음 사항에 유의해 주십시오.

- 지역, 주 또는 연방 지원 신청서가 필요할 수 있습니다.
- 가구 소득이 확인되어야 합니다. 가구 소득 증명서를 제출해 주십시오. (소득세 신고서 및/또는 최근 급여 명세서) 소득이 없는 경우, 재정적으로 지원을 받고 있는 방법을 설명하는 확인서를 제공해 주십시오.
- 기타 소득원도 보고해야 하며 여기에는 자녀 지원금, 이혼 수당, 산재 보상, 공공 지원, 자영업 소득, 그리고 실업 수당 등이 포함됩니다.

## 재정 지원 제외 대상:

- TV 구입비와 같은 개인적인 항목
- 미용성형 시술 및 불임 처치를 비롯하여 의학적으로 필수적이지 않은 서비스
- 다른 의료 보험 네트워크의 보험으로 충당되는 서비스
- 일반 시판용 약물

*재정 지원 결정은 본 신청서가 작성되는 대상이 되는 치료 과정에 한해서만 적용됩니다.*

작성된 신청서와 제반 서류를 다음 주소로 보내주십시오.

NRSC Financial Assistance Representative  
10330 N. Meridian Street, 2N PFS  
Indianapolis, Indiana 46290

작성된 신청서와 제반 서류를 다음 번호로 팩스 전송해 주십시오.

(317) 583-2753 Attn: NRSC Financial Assistance Representative

질문이 있는 경우에는 고객 서비스 센터 전화 800-566-5050 으로 연락해 주십시오.  
월요일부터 금요일까지 8:00 AM – 1:45 PM & 2:30 PM – 4:00 PM EST.



재정 지원 신청서

환자 정보(인쇄체)				계정 번호		
환자 성명:	생년월일	결혼 상태	성별		전화 번호	
주소:	시	주	우편번호	이메일 주소:		
사회보장번호:	고용주		플타임 파트타임	주간 근무 시간		
고용주 주소:	시	주	우편번호	전화 번호		

책임 당사자 정보

이름 상기와 동일	생년월일	결혼 상태	성별		전화 번호
주소:	시	주	우편번호	이메일 주소:	
사회보장번호	고용주		플타임 파트타임	주간 근무 시간	
고용주 주소	시	주	우편번호	전화 번호	

책임 당사자 배우자 정보

배우자 이름		사회보장번호		생년월일	
배우자의 고용주:	주소:	시	주	우편번호	전화 번호

부양가족:

이름	연령	관계	이름	연령	관계

**월간 총 소득**

신청자 소득	
신청자 배우자 소득	
사회보장 혜택	
연금/퇴직 소득	
실업 수당	
산재 보상	
이자/배당 소득	
자녀 양육비	
위자료	
건물 임대 수입	
푸드 스탬프	
기타	
기타	
<b>총 소득:</b>	

**자산**

현금		
저축구좌		
당좌구좌		
C.D.		
증권		
생명보험		
기타 부동산		
기타		
<b>차량/제조사 및 모델:</b>	<b>연식</b>	<b>가치</b>
<b>금융 정산:</b>		
생명보험		
상속		
기타		
<b>총 자산 가치:</b>		

**월 생활비**

모기지/임대료		
전기		
가스		
전화		
수도요금		
식료품		
케이블 TV		
자동차 할부금		
휴대폰		
데이 케어		
자녀 부양/이혼 수당		
조제약		
<b>신용카드:</b>		
1.		
2.		
3.		
<b>기타 의사 /</b>		
<b>병원 청구서:</b>		
<b>보험료:</b>		
1. 자동차		
2. 부동산		
3. 의료/생명보험		
<b>기타 대출 상환금:</b>		
1.		
2.		
<b>기타 월 납입금:</b>		
코브라		
생명보험		
3.		
<b>총 월간 비용:</b>		

**지불**

**잔고**

**비고:** \_\_\_\_\_

본인이 알고 있는 한 상기 정보가 진실되고 완전함을 확인합니다. 본인은 병원이 필요하다고 판단하는 경우에 외부 신용 보고 기관으로부터 정보를 수집할 수 있도록 승인합니다.

\_\_\_\_\_  
날짜

\_\_\_\_\_  
환자, 배우자, 보증인 또는 법적 대리인의 서명

## PROVIDENCE HEALTH SERVICES 재정 지원 신청서

### 인증

본인은 본 양식에 서명함으로써 본인이 알고 있는 범위 내에서 모든 내용이 진실되며 본인의 재정에 관한 모든 사실을 공개했음을 인증합니다. 본인은 본 신청서와 관련하여 본인의 재정에 관해 허위 사실을 진술하거나 의료비 보조 혜택을 제공할 수 있는 프로그램(예를 들어, Medicaid, 개인 상해 보상, 산재 보상)에 대한 본인의 자격을 평가하려는 노력에 협조하지 않는 경우, 재정 지원의 승인이 무효화되며 제공된 의료 서비스에 대해 본인이 재정적인 책임을 지게 될 것임을 이해하고 인식합니다. 본인은 Providence Health Services 또는 그 대리인이 본인의 신용 보고서를 요청 및 검토하고 제공된 모든 정보를 검증하기 위한 기타 적절한 조치를 취하도록 허용하는 것에 동의합니다.

본인은 부분 재정 보조 자격을 취득하는 경우에 잔여 의료비에 대한 책임을 지게 될 것임을 이해합니다.

### 총 소득에 관한 확인서(세전 및 원천징수)

본인의 연간 가구 총 소득(이면의 환자 및 배우자 연간 소득 열을 추가해서 아래에 총액을 기입):

---

### 소득 부족에 관한 확인서

귀하의 재정/생활 상태와 의료비 청구서와 관련하여 재정 지원이 필요한 이유에 대해 간략하게 설명하십시오.

---

---

---

---

---

---

---

아래에 서명해 주십시오.

---

환자/보호자

(날짜)