



1150 Varnum St. NE  
Washington, DC 20017

## PWOGRAM ÈD FINANSYE PROVIDENCE HOSPITAL

### ENSTWIKSYON POU APLIKASYON:

Si ou vle aplike pou Pwogram Èd Finansye Sèvis Providence Hospital, tanpri ranpli fòm Aplikasyon ki tache a epi retounen li. Si ou gen nenpòt kesyon, anplwaye Providence Hospital yo disponib pou reponn kesyon ou yo, epitou pou ede ou ranpli Fòm Aplikasyon an.

N ap revize Fòm Aplikasyon ou ranpli a pou yon rabè ki baze sou revni fanmi ou ak kantite moun depandan ki lakay ou. Si ou kalifye, entèval pousantaj rabè yo se ant 70% ak 100%. Si ou pa kalifye pou pwogram sa a, w ap resevwa otomatikman yon rabè 65% sou sèvis medikal ou yo ki pa asire a.

### KALIFIKASYON

Pou ou kalifye pou Èd Finansye, tanpri sonje sa ki anba yo:

- Yon Aplikasyon pou èd lokal, leta oswa federal ka obligatwa.
- **Revni fanmi ou dwe verifye. Tanpri bay prèv revni fanmi ou. (Fòm deklarasyon taks sou revni ak/oswa denyè souch chèk peman) Si ou pa gen revni, tanpri bay yon deklarasyon ki eksplike kijan ou jwenn sipò finansye.**
- Ou dwe rapòte lòt sous revni yo tou epi yo dwe gen ladan: sipò timoun, pansyon alimantè, konpansasyon travayè, èd piblik, revni travay endepandan, ak revni chomaj.

### Èd Finansye pa disponib pou:

- Atik pèsònèl, tankou depans pou televizyon.
- Sèvis ki pa nesesè pou rezon medikal tankou pwodwi kosmetik ak tretman pou enfètilitè.
- Sèvis asirans ki nan yon lòt rezo swen sante kouvri.
- Pwodwi famasetik san preskripsyon.

***Detèminasyon Èd Finansye dwe aplikab sèlman pou epizòd swen sante a ou ranpli fòm Aplikasyon sa a pou li.***

Voye Aplikasyon yo pa lapòs nan: Providence Hospital  
ATTN: Financial Counseling & Eligibility Services (Ground Flr)  
1150 Varnum St., NE  
Washington, DC 20017

Fakse aplikasyon sa a nan nimewo: (202) 281-3143

Kesyon konsènan aplikasyon sa a: (202) 854-4081



**FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION**

<b>PATIENT INFORMATION (PLEASE PRINT)</b>					<b>Account No.</b>	
Patient Name:	Birth Date	Marital Status	Sex		Telephone No.	
Address:	City	State	Zip	Email Address		
Social Security Number:	Employer		Full Time Part Time	How many hrs/wk		
Employer Address:	City	State	Zip	Telephone No.		

<b>RESPONSIBLE PARTY'S INFORMATION</b>						
Name	Birth Date	Marital Status	Sex		Telephone No.	
Same as above						
Address		State	Zip	Email Address		
Social Security Number	Employer		Full Time Part Time	How many hrs/wk		
Employer Address	City	State	Zip	Telephone No.		

<b>RESPONSIBLE PARTY SPOUSE INFORMATION</b>						
Spouse's Name		Social Security Number			Birth Date	
Spouse's Employer:	Address:	City	State	Zip	Telephone No.	

<b>DEPENDENTS:</b>					
Name	Age	Relationship	Name	Age	Relationship

GROSS MONTHLY INCOME			MONTHLY LIVING EXPENSES	Payment	Balance
Applicant Earned Income			Mortgage/Rent		
Applicant Spouse's Income			Electricity		
Social Security Benefits			Gas		
Pension/Retirement Income			Telephone		
Unemployment Compensation			Water		
Worker's Compensation			Groceries		
Interest / Dividend Income			Cable TV		
Child Support			Car Payment		
Alimony			Cell Phone		
Rental Property Income			Day Care		
Food Stamps			Child Support/Alimony		
Other			Prescription Drugs		
Other			<b>Credit Cards:</b>		
<b>TOTAL GROSS INCOME:</b>			1.		
			2.		
			3.		
<b>ASSETS</b>			<b>Other Doctor /</b>		
Cash on Hand			<b>Hospital Bills:</b>		
Savings Account					
Checking Account					
C.D.'s					
Securities					
Life Insurance					
Other Real Estate					
Other			<b>Insurance Expense:</b>		
			1. Automobile		
<b>Vehicle / Make &amp; Model:</b>	<b>Year</b>	<b>Value</b>	2. Property		
			3. Medical / Life		
			<b>Other Loan Payments:</b>		
			1.		
			2.		
<b>Financial Settlements:</b>			<b>Other Monthly Payments:</b>		
Life Insurance			cobra		
Inheritance			life insurance		
Other			3.		
<b>TOTAL VALUE OF ASSETS:</b>			<b>TOTAL MONTHLY EXPENSES:</b>		

**COMMENTS:** \_\_\_\_\_

I hereby certify that the above information is true and complete to the best of my knowledge. I hereby authorize the hospital to obtain information from external credit reporting agencies if the hospital deems necessary.

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature of Patient, Spouse, Guarantor or Legal Representative

**PROVIDENCE HOSPITAL**

**APLIKASYON POU ÈD FINANSYE**

**KONFIMASYON**

Siyati mwen ki sou fòm sa a konfime tout deklarasyon yo vrè dapre tout sa mwen konnen epi mwen te devwale tout done yo konsènan finans mwen. Mwen konprann epi mwen rekonèt nenpòt enfòmasyon fo mwen bay sou finans mwen anrapò avèk Aplikasyon sa a, oswa si mwen pa kolabore avèk efò yo pou kalifye mwen pou pwogram ki ka kouvri frè swen sante mwen (pa egzanp, Medicaid, reklamasyon pou chòk pèsònèl, konpansasyon travayè) ka anpeche mwen resevwa nenpòt rekonpans Èd Finansye epi m ap gen responsablite finansye pou sèvis yo ban mwen yo. Mwen dakò pou kite Providence Hospital oswa reprezante li yo mande ak revize yon rapò kredi mwen epi pou yo fè lòt etap rezonab pou valide tout enfòmasyon mwen bay yo.

Mwen rekonèt si mwen kalifye pou yon pati èd finansye a, m ap responsab pou peye rès pòsyon bòdwo mwen.

**Deklarasyon Konsènan Revni Brit (anvan taks ak dediksyon)**

**Revni Total Anyèl Fanmi Mwen** (ajoute Kolòn Revni Anyèl Pasyan ak Madanm/Mari nan lòt bò a epi ekri total la anba la a):

---

**Deklarasyon Konsènan Mank Revni**

Bay yon ti deskripsyon sou sitiyasyon finansye/lavi ou epi di poukisa ou bezwen èd finansye avèk bòdwo medikal ou (yo).

---

---

---

---

---

---

---

**Tanpri Siyen Anba la a:**

---

Pasyan /Responsab Legal

(Dat la)