



1150 Varnum St. NE
Washington, DC 20017

プロビデンス病院給付金制度

申請書について:

プロビデンス・ヘルス・サービスの給付金制度への申請をご希望の場合は、添付の申請書に記入の上送付して下さい。分からないところがあればプロビデンス病院の担当者が質問にお答えするほか、この申請書への記入をお手伝いします。

記入した申請書を提出すると、あなたの世帯所得額と、世帯内の扶養者の人数に応じて割引率が審査されます。受給資格が認められれば、70%～100%の割引が受けられます。この制度の受給資格が認められなかった場合、保険未加入者への医療サービスとして自動的に65%の割引を受けることになります。

受給資格

給付金の受給資格を得るにあたり、下記の事項にご注意下さい。

- 地域、州、連邦の給付金申請書への記入が必要になる場合があります。
- 世帯収入を確定する必要があります。世帯収入の証明書を提出して下さい。(納税申告所または/もしくは直近の給与証明書)もし収入が無い場合には、生活費をどのように工面しているか説明を記載した書面を提出してください。
- その他の所得源についても申告しなくてはなりません。チャイルドサポート、扶養手当、労働災害補償金、公的給付金、自営業者であればその収入、失業給付金も含まれます。

給付金は下記項目に対しては申請できません:

- テレビの費用などの個人の物品に関する費用
- 美容目的の処置や不妊治療など、医療的に必要ではないサービス
- 他のヘルスケアネットワークの保険でカバーされるサービス
- 市販の医薬品

給付金の受給資格審査については、この申請の対象となる診療に対してのみ有効です。

申請書郵送先: プロビデンス病院 (Providence Hospital)
 ATTN: Financial Counseling & Eligibility Services (Ground Flr)
 1150 Varnum St. NE
 Washington, DC 20017

申請書送付先ファックス番号: (202) 281-3143

この申請書に関する質問は、(202) 854-4081 までお電話ください。



FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION

PATIENT INFORMATION (PLEASE PRINT)					Account No.	
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.	

RESPONSIBLE PARTY'S INFORMATION						
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.	

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

DEPENDENTS:					
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			Credit Cards:		
TOTAL GROSS INCOME:			1.		
			2.		
			3		
ASSETS			Other Doctor / Hospital Bills:		
Cash on Hand					
Savings Account					
Checking Account					
C.D.'s					
Securities					
Life Insurance					
Other Real Estate					
Other			Insurance Expense:		
			1. Automobile		
Vehicle / Make & Model:	Year	Value	2. Property		
			3. Medical / Life		
			Other Loan Payments:		
			1.		
			2.		
Financial Settlements:			Other Monthly Payments:		
Life Insurance			cobra		
Inheritance			life insurance		
Other			3.		
TOTAL VALUE OF ASSETS:			TOTAL MONTHLY EXPENSES:		

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

プロビデンス病院
給付金申請

証明書

この申請書に署名することにより、全ての記載内容が私の知る限りにおいて真実であり、自分の資産について全ての事実を公開したことを証明します。この申請書に資産の不当表示をした場合、または私の医療費(例:メディケイド、人身傷害請求、労働者災害補償)をカバーしうる制度への資格審査に協力をしなかった場合は、給付金が無効になり、医療サービスに対して支払いの責任が生じることが理解し、了承します。プロビデンス病院または病院の代表者が私の残高報告書を請求すること、記載した情報の真偽を確認するためにその他の適切な手段を取ることを了承します。

給付金の一部に関し受給資格が認められた場合、請求書の残りの金額については、支払いの義務を負うことを了承します。

総所得証明書(税引き前、源泉徴収前)

私の年次世帯収入総額(患者と配偶者の年次収入を合計し、記載して下さい):

無収入証明

生活費に関する状況と、なぜ医療費に対して給付金が必要なのかを簡単に説明してください。

下記に署名して下さい:

患者 / 保護者

(日付)