



1150 Varnum St. NE
Washington, DC 20017

PROVIDENCE HOSPITAL 재정 지원 프로그램

신청 지침서:

Providence Hospital 재정 지원 프로그램을 신청하시려면 첨부된 신청서를 작성해서 반송해 주십시오. 질문이 있는 경우에는 Providence Hospital 직원이 귀하의 질문에 답변을 제공하고 본 신청서의 작성을 도와드릴 것입니다.

작성된 신청서에서 귀하의 가구 소득과 가구 내의 부양 가족 수를 기준으로 할인율이 검토됩니다. 자격이 되는 경우, 할인율의 범위는 70% ~ 100%입니다. 이 프로그램의 자격이 되지 않는 경우, 무보험 의료 서비스에 대해 자동으로 65%의 할인을 받게 됩니다.

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
- 처방전 없이 구입하는 약품

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

신청서 우편 발송처: Providence Hospital
ATTN: Financial Counseling & Eligibility Services (Ground Flr)
1150 Varnum St., NE
Washington, DC 20017

신청서 팩스 전송처: (202) 281-3143

본 신청서에 관한 질문: (202) 854-4081



FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION

PATIENT INFORMATION (PLEASE PRINT)

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		
			2. Property		
			3. Medical / Life		
			Other Loan Payments:		
			1.		
			2.		
			Other Monthly Payments:		
			cobra		
			life insurance		
			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

PROVIDENCE HOSPITAL

재정 지원 신청서

증명

본인은 본 양식에 서명함으로써 본인이 알고 있는 범위 내에서 모든 내용이 진실되며 본인의 재정에 관한 모든 사실을 공개했음을 증명합니다. 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 Hospital 과 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 메모 서명해 주십시오.

환자/보호자

(날짜)