1150 Varnum St. NE
Washington, DC 20017

PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA FINANCEIRA DO PROVIDENCE HOSPITAL

INSTRUÇÕES DO REQUERIMENTO:

Se você quiser fazer o requerimento para o Programa de Assistência Financeira do Providence Hospital, queira preencher e retornar o Requerimento anexo. Se tiver perguntas a fazer, os associados do Providence Hospital estão disponíveis para respondê-las e ajudá-lo no preenchimento deste Requerimento.

Seu Requerimento preenchido será analisado para um desconto com base na renda de sua residência e o número de dependentes na sua residência. Se elegível, o percentual de desconto varia de 70% a 100%. Se você não for elegível para este programa, você receberá automaticamente um desconto de 65% nos seus serviços médicos não segurados.

ELEGIBILIDADE
Para se qualificar para Assistência Financeira, observe o seguinte:

- Um Requerimento para ajuda local, estadual ou federal pode ser necessário.
- **A renda familiar deve ser verificada. Queira fornecer comprovante de renda familiar. (declaração de imposto de renda e/ou extratos de pagamento salarial recentes). Se não tiver renda, queira fornecer uma declaração explicando como você é sustentado financeiramente.**
- Outras fontes de renda devem também ser relatadas e incluem: pensão para filhos, pensão alimentícia, indenização por acidente de trabalho, assistência pública, rendimentos de trabalhador independente e auxílio-desemprego.

A Assistência Financeira não está disponível para:

- Itens pessoais, tais como gastos com televisão.
- Serviço que não é necessário do ponto de vista médico, incluindo procedimentos cosméticos e tratamentos de infertilidade.
- Serviço coberto por seguro em outra rede de cuidados de saúde.
- Itens farmacêuticos de venda livre.

A determinação de Assistência Financeira deve ser aplicável somente ao episódio de cuidado para o qual este Requerimento está sendo preenchido.

Enviar o requerimento para: Providence Hospital
ATTN: Financial Counseling & Eligibility Services (Ground Flr)
1150 Varnum St., NE
Washington, DC 20017

Enviar este requerimento por fax para: (202) 281-3143

Perguntas sobre este requerimento: (202) 854-4081

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 Same as above	Birth Date	Marital Status	Sex		Telephone No.
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	
Applicant Earned Income	
Applicant Spouse's Income	
Social Security Benefits	
Pension/Retirement Income	
Unemployment Compensation	
Worker's Compensation	
Interest / Dividend Income	
Child Support	
Alimony	
Rental Property Income	
Food Stamps	
Other	
Other	
TOTAL GROSS INCOME:	

ASSETS	
Cash on Hand	
Savings Account	
Checking Account	
C.D.'s	
Securities	
Life Insurance	
Other Real Estate	
Other	

Vehicle / Make & Model:	Year	Value

Financial Settlements:	
Life Insurance	
Inheritance	
Other	
TOTAL VALUE OF ASSETS:	

MONTHLY LIVING EXPENSES	Payment	Balance
Mortgage/Rent		
Electricity		
Gas		
Telephone		
Water		
Groceries		
Cable TV		
Car Payment		
Cell Phone		
Day Care		
Child Support/Alimony		
Prescription Drugs		
Credit Cards:		
1.		
2.		
3		
Other Doctor / Hospital Bills:		
Insurance Expense:		
1. Automobile		
2. Property		
3. Medical / Life		
Other Loan Payments:		
1.		
2.		
Other Monthly Payments:		
cobra		
life insurance		
3.		
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
REQUERIMENTO DE ASSISTÊNCIA FINANCEIRA

CERTIFICAÇÃO

Minha assinatura neste formulário certifica que todas as declarações são verdadeiras, pelo que é do meu conhecimento, e que revelei todos os fatos referentes às minha finanças. Eu entendo e reconheço que qualquer declaração falsa sobre minhas finanças em conexão com este Requerimento, ou a não cooperação com os esforços de me qualificar para programas que possam cobrir os custos dos meus cuidados (por exemplo, Medicaid, reivindicação de lesão pessoal, indenização por acidentes de trabalho), pode invalidar qualquer concessão de Assistência Financeira, e eu serei financeiramente responsável pelos serviços prestados. Eu concordo em permitir que o Providence Hospital ou seus representantes solicitem e analisem um relatório do meu crédito e tomem outras medidas razoáveis para validar todas as informações fornecidas.

Eu entendo que se eu me qualificar para assistência financeira parcial, serei responsável pelo pagamento da porção restante da minha conta a pagar.

Declaração sobre renda bruta (antes dos impostos e retenções)

Minha renda familiar total anual (adicionar as colunas anuais do paciente e do cônjuge do outro lado e escrever o total abaixo):

_____

Declaração sobre falta de renda

Descreva, resumidamente, sua situação financeira/situação de sustento e por que você precisa de assistência financeira para sua(s) conta(s) médica(s).

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Por favor, assine abaixo:

_____

Paciente / Responsável (Data)