



1150 Varnum St. NE
Washington, DC 20017

PROVIDENCE HOSPITAL 经济援助计划

申请说明:

如果您想申请加入Providence Hospital经济援助计划,请填写并返回随附的申请书。如果您有任何问题,Providence Hospital的员工可以回答您的问题,并协助您填写这份申请书。

我们将审查您完成的申请书,根据您的家庭收入和您的家庭内受抚养人的人数确定折扣。如果合格的话,可享受的折扣比例在70%到100%之间。如果您不符合本计划的资格,那么您将在未投保的医疗服务方面自动获得65%的折扣。

资格

要想符合经济援助的资格,请注意以下几点:

- 可能需要申请地方、州或联邦援助。
- 必须验证家庭收入。请提供家庭收入证明。(纳税申报表和/或最近工资单)如果您没有收入,请提供一份声明,解释您如何在经济上获得支持。
- 也必须报告其他收入来源,包括:子女抚养费、赡养费、工伤赔偿、公共援助、个体经营收入和失业救济。

经济援助不包括:

- 私人项目,例如电视费用。
- 不具有医学必要性的服务,包括美容手术和不孕不育治疗
- 另一个医疗保健网络中保险承保的服务。
- 非处方药药品。

确定的经济援助仅适用于本申请书中填写的护理事项。

将申请书邮寄至: Providence Hospital
收件人: Financial Counseling & Eligibility Services (Ground Flr)
1150 Varnum St., NE
Washington, DC 20017

将申请书传真至: (202) 281-3143

如有关于本申请书的问题: (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	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:		
Vehicle / Make & Model:	Year	Value	1. Automobile		
			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

PROVIDENCE HOSPITAL
经济援助申请

证明

我在本表的签名即证明所有陈述据我所知真实无误，且我已经披露了关于我的财务状况的所有事实。我同意并承认，在本申请书中对我的财务状况的任何不实陈述，或未能配合以帮助我达到能支付我的护理费用的（例如Medicaid、个人伤害索赔、工伤赔偿）计划的要求，将取消授予任何经济援助资格，且我将负责支付所提供服务的费用。我同意允许Providence Hospital或其代表索要并审查我的信用报告，并采取其他合理的措施验证提供的所有信息的真实性。

我理解，如果我符合获得部分经济援助的资格，那么我将负责支付账单的剩余部分。

关于总收入（扣缴税款之前）的声明

我的每年家庭总收入（在另一面添加患者和配偶每年收入栏，并在下方写明总额）：

关于没有收入的声明

简要说明您的财务/生活状况，以及为什么需要医疗账单方面的经济援助。

请在下方签名：

患者/监护人

（日期）