1150 Varnum St. NE
Washington, DC 20017

PROVIDENCE HOSPITAL 經濟援助計劃

申請說明：

如果您想申請加入 Providence Hospital 經濟援助計劃，請填寫並交回隨附的申請書。如果您有任何問題，Providence Hospital 的員工可以回答您的問題，並協助您填寫這份申請書。

我們將審查您完成的申請書，根據您的家庭收入和您的家庭內受撫養人的人數確定折扣。如果合格的話，可享受的折扣比例在 70% 到 100% 之間。如果您不符合本計劃的資格，那麼您將在未投保的醫療服務方面自動獲得 65% 的折扣。

資格

要想符合經濟援助的資格，請注意以下內容：

- 可能需要申請地方、州或聯邦援助。
- **必須驗證家庭收入。請提供家庭收入證明。（納稅申報表和/或最近薪資單）如果您沒有收入，請提供一份聲明，解釋您怎樣在經濟上獲得支援。**
- 也必須報告其他收入來源，包括：子女撫養費、贍養費、工傷賠償、公共援助、自雇收入和失業救濟。

經濟援助不包括：

- 私人項目，例如電視費用。
- 不具有醫學必要性的服務，包括美容手術和不孕不育治療
- 另一個醫療保健網路的保險承保的服務。
- 非處方藥藥品。

經濟援助的確定僅適用於本申請書為之填寫的護理事件。

將申請書郵寄至：
Providence Hospital
聯繫人：Financial Counseling & Eligibility Services (Ground Flr)
1150 Varnum St., NE
Washington, DC 20017

將申請書傳真至：(202) 281-3143

如有關於本申請書的問題：(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
經濟援助申請

證明

我在本表的簽名即證明所有陳述據我所知真實無誤，且我已經披露了關於我的財務狀況的所有事實。我同意並承認，在本申請書中對我的財務狀況的任何不實陳述，或未能配合以幫助我達到能支付我的護理費用的（例如 Medicaid、個人傷害索賠、工傷賠償）計劃的要求，將廢除授予任何經濟援助，且我將負責支付所提供服務的費用。我同意允許 Providence Hospital 或其代表索要並審查我的信用報告，並採取其他合理的措施證實我所提供的所有資訊。

我理解，如果我符合部分經濟援助的資格，那麼我將負責支付帳單的剩餘部分。

關於總收入（扣繳稅款之前）的聲明

我的每年家庭總收入（在另一面添加患者和配偶每年收入列，並在下方寫明總額）：

____

關於沒有收入的聲明

簡要說明您的財務/生活狀況，以及為什麼需要醫療帳單方面的經濟援助。

____

____

____

____

____

____

____

____

請在下方簽名：

____

患者/監護人　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（日期）