

## Φιλανθρωπική Φροντίδα/Οδηγίες Εντύπου Αίτησης για Οικονομική Βοήθεια

Αυτή είναι μια αίτηση για οικονομική βοήθεια (γνωστή και ως φιλανθρωπική βοήθεια) στην Providence.

**Η ομοσπονδιακή και η πολιτειακή νομοθεσία απαιτεί όλα τα νοσοκομεία να παρέχουν οικονομική βοήθεια** σε άτομα και οικογένειες που πληρούν συγκεκριμένες εισοδηματικές προϋποθέσεις. Ενδέχεται να δικαιούστε δωρεάν φροντίδα ή φροντίδα με έκπτωση βάσει του μεγέθους και του εισοδήματος της οικογένειάς σας, ακόμη και αν διαθέτετε ασφάλιση υγείας. Για να δείτε την πολιτική μας για παροχή οικονομικής βοήθειας και τις οδηγίες για τις κλίμακες, μεταβείτε στον ιστότοπο της πολιτείας όπου κατοικείτε από τη διεύθυνση <https://www.providence.org/obp>.

**Τι καλύπτει η οικονομική βοήθεια;** Η ιατρική οικονομική βοήθεια καλύπτει την απαραίτητη ιατρική φροντίδα που παρέχεται από ένα από τα νοσοκομεία ή τις κλινικές μας εντός της οικογένειάς μας οργανισμών, ανάλογα με την επιλεξιμότητά σας. Η οικονομική βοήθεια ενδέχεται να μην καλύπτει όλα τα έξοδα υγειονομικής περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένων των υπηρεσιών που παρέχονται από άλλους οργανισμούς.

**Αν έχετε ερωτήσεις ή χρειάζεστε βοήθεια για τη συμπλήρωση αυτής της αίτησης:** Οι πολιτικές μας οικονομικής βοήθειας, οι πληροφορίες για τα προγράμματα και τα έντυπα αίτησης διατίθενται στον ιστότοπό μας ή μέσω τηλεφώνου. Μπορείτε να λάβετε βοήθεια για οποιονδήποτε λόγο, συμπεριλαμβανομένων των ζητημάτων αναπηρίας και γλωσσικής βοήθειας. Τα έγγραφα διατίθενται μεταφρασμένα κατόπιν αιτήματος. Για να επικοινωνήσετε μαζί μας: <https://www.providence.org/obp>  
Εκπρόσωποι Εξυπηρέτησης Πελατών στο: 503-215-7575 ή 855-229-6466  
Δευτέρα-Παρασκευή 8:00 π.μ. έως 5:00 μ.μ.

Για να υποβληθεί σε επεξεργασία η αίτησή σας, πρέπει:

- Να μας δώσετε πληροφορίες για την οικογένειά σας**  
Συμπληρώστε τον αριθμό των μελών της οικογένειας στο νοικοκυριό σας (η οικογένεια περιλαμβάνει άτομα που έχουν σχέσεις λόγω γέννησης, γάμου ή υιοθεσίας και ζουν μαζί)
- Να μας δώσετε πληροφορίες για το μικτό μηνιαίο εισόδημα της οικογένειάς σας (εισόδημα προ φόρων και μειώσεων) και να συμπεριλάβετε στελέχη πληρωμής, έντυπα W-2, επιστροφές φόρου, επιστολές απονομής κοινωνικής ασφάλισης και δηλώσεις εισοδήματος από περιουσιακά στοιχεία και να δηλώσετε και να υποβάλλετε έγγραφα για τα περιουσιακά στοιχεία.<sup>1</sup> (ανατρέξτε στην ενότητα Εισόδημα της αίτησης οικονομικής βοήθειας για περισσότερα παραδείγματα)**
- Επισυνάψτε επιπρόσθετες πληροφορίες αν χρειάζεται**
- Υπογράψτε και βάλτε την ημερομηνία στο έντυπο οικονομικής βοήθειας**

**Σημείωση:** Δεν υποχρεούσθε να δώσετε τον αριθμό Κοινωνικής Ασφάλισης για να υποβάλλετε αίτηση για οικονομική βοήθεια. Αν μας δώσετε τον αριθμό σας Κοινωνικής Ασφάλισης, αυτός ενδέχεται να χρησιμοποιηθεί για την ταυτοποίησή σας ή να χρησιμοποιηθεί για επαλήθευση των πληροφοριών που μας παρέιχατε. Αν δεν έχετε αριθμό Κοινωνικής Ασφάλισης, σημειώστε “δεν ισχύει” ή “ΔΙ.”

**Ταχυδρομήστε την συμπληρωμένη αίτηση με όλα τα δικαιολογητικά στη διεύθυνση:** Providence Regional Business Office, P.O. Box 3299 Portland, OR 97208-3395 UNITED STATES OF AMERICA.  
Βεβαιωθείτε ότι κρατήσατε ένα αντίγραφο για εσάς.

<sup>1</sup> Η Providence θα συλλέγει και θα εξετάζει πληροφορίες που σχετίζονται με περιουσιακά στοιχεία, όπως απαιτείται από τα Κέντρα για τις Υπηρεσίες Medicare και Medicaid (CMS) για την έκθεση κόστους Medicare, εκτός εάν απαγορεύεται από την πολιτειακή νομοθεσία.

**Για να υποβάλετε τη συμπληρωμένη αίτησή σας αυτοπροσώπως:** Μεταβείτε στο Γραφείο Οικονομικού Συμβούλου του πλησιέστερου Νοσοκομείου. Θα σας ειδοποιήσουμε για την τελική απόφαση καταλληλότητας και για τα δικαιώματα ένστασης, αν ισχύουν, εντός 14 και 30 ημερών από την παραλαβή της συμπληρωμένης αίτησης οικονομικής βοήθειας, συμπεριλαμβανομένων των δικαιολογητικών για το εισόδημα.

Υποβάλλοντας μια αίτηση οικονομικής βοήθειας, δίνετε τη συγκατάθεσή σας σε εμάς για να διενεργήσουμε τις απαραίτητες έρευνες για την επαλήθευση των οικονομικών υποχρεώσεων και των πληροφοριών.

**Θέλουμε να βοηθήσουμε. Υποβάλετε την αίτησή σας εγκαίρως. Ενδέχεται να συνεχίσετε να λαμβάνετε καταστάσεις χρέωσης μέχρι να λάβουμε τη συμπληρωμένη αίτησή σας και τα απαιτούμενα δικαιολογητικά, εκτός εάν απαγορεύεται από τους νόμους περί φιλανθρωπικής φροντίδας της πολιτείας σας.**

**Φιλανθρωπική Φροντίδα/Έντυπο Αίτησης Οικονομικής Βοήθειας-εμπιστευτικό**

Συμπληρώστε πλήρως όλες τις πληροφορίες. Αν κάτι δεν ισχύει, γράψτε "Δι." Επισυνάψτε πρόσθετες σελίδες αν χρειάζεται.

**ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΔΙΑΛΟΓΗΣ**

Χρειάζεστε διερμηνέα;  **Ναι**  **Όχι** Αν Ναι, αναφέρετε την προτιμητέα γλώσσα:

Έχει κάνει αίτηση ο ασθενής για Medicaid;  **Ναι**  **Όχι** Είναι ο ασθενής τυφλός;  **Ναι**  **Όχι** Είναι ο ασθενής ΑΜΕΑ;  **Ναι**  **Όχι**

Ο ασθενής λαμβάνει παροχές κρατικών δημόσιων υπηρεσιών όπως οι TANF, Basic Food, ή WIC;  **Ναι**  **Όχι**

Είναι ο ασθενής άστεγος;  **Ναι**  **Όχι**

Η ανάγκη ιατρικής φροντίδας του ασθενούς σχετίζεται με τροχαίο ατύχημα ή εργατικό τραυματισμό;  **Ναι**  **Όχι**

**ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ**

- Δεν μπορούμε να εγγυηθούμε την επιλογή σας για οικονομική βοήθεια, ακόμη και αν υποβάλετε αίτηση.
- Αφού στείλετε την αίτησή σας, θα ελέγξουμε όλες τις πληροφορίες και ενδέχεται να ζητήσουμε πρόσθετες πληροφορίες ή απόδειξη εισοδημάτων.
- Εντός 14-30 ημερών, μετά την παραλαβή της συμπληρωμένης αίτησής σας και των δικαιολογητικών, θα σας ειδοποιήσουμε για την απόφασή μας.

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΚΑΙ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ**

Όνομα ασθενούς	Μεσαίο όνομα ασθενούς	Επώνυμο ασθενούς
<input type="checkbox"/> Άρρεν <input type="checkbox"/> Θήλυ <input type="checkbox"/> Άλλο (διευκρινίστε _____)	Ημερομηνία γέννησης	Αριθμός Κοινωνικής Ασφάλισης Ασθενούς (προαιρετικά)
Άτομο υπεύθυνο για την πληρωμή λογαριασμού	Σχέση με τον ασθενή	Ημερομηνία γέννησης
Ταχυδρομική διεύθυνση		Αριθμός Κοινωνικής Ασφάλισης (προαιρετικά)
		Κύριος(-οι) αριθμός(-οί) επικοινωνίας ( ) _____ ( ) _____ Διεύθυνση email: _____
Πόλη	Πολιτεία	Ταχυδρομικός Κώδικας

Εργασιακή κατάσταση του υπευθύνου για την πληρωμή του λογαριασμού

**Εργαζόμενος/-η** (ημερομηνία πρόληψης): \_\_\_\_\_  **Άνεργος/-η** (πόσο καιρό άνεργος/-η): \_\_\_\_\_

**Αυτο-απασχολούμενος/-η**  **Φοιτητής/-τρια**  **ΑΜΕΑ**

Συνταξιούχος  **Άλλο** \_\_\_\_\_

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ**

Καταγράψτε τα μέλη της οικογένειας στο νοικοκυριό σας, μαζί με εσάς. Στην "Οικογένεια" περιλαμβάνονται άτομα με σχέση λόγω γέννησης, γάμου ή υιοθεσίας τα οποία ζουν μαζί.

**ΜΕΓΕΘΟΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ** \_\_\_\_\_

*Επισυνάψτε πρόσθετη σελίδα αν χρειάζεται*

Όνομα	Ημερομηνία γέννησης	Σχέση με τον ασθενή	Αν είναι 18 ετών και άνω: Όνομα εργοδότη ή προέλευση εισοδήματος	Αν είναι 18 ετών και άνω: Συνολικό μικτό μηνιαίο εισόδημα (προ φόρων):	Έκανε αίτηση επίσης για οικονομική βοήθεια;
					Ναι / Όχι
					Ναι / Όχι
					Ναι / Όχι
					Ναι / Όχι

**Πρέπει να γνωστοποιηθεί το εισόδημα όλων των ενήλικων μελών της οικογένειας. Στις πηγές εισοδήματος περιλαμβάνονται, για παράδειγμα:**

Μισθοί- Επίδομα ανεργίας- Έσοδα αυτο-απασχόλησης- Αποζημίωση εργαζόμενου- Επίδομα αναπηρίας- SSI- Διατροφή παιδιού/συζύγου- Προγράμματα υποτροφιών (φοιτητές)- Εισόδημα που προέρχεται από περιουσιακά στοιχεία, για παράδειγμα, μετοχές, ομόλογα, IRA, αμοιβαία κεφάλαια, εισόδημα από ενοίκια, κλπ.

**Φιλανθρωπική Φροντίδα/Έντυπο Αίτησης Οικονομικής Βοήθειας-εμπιστευτικό**

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ**

**ΝΑ ΘΥΜΑΣΤΕ:** Πρέπει να συμπεριλάβετε απόδειξη του εισοδήματος με την αίτησή σας.

Πρέπει να παρέχετε πληροφορίες για το εισόδημα της οικογένειάς σας. Για τον προσδιορισμό της οικονομικής βοήθειας απαιτείται επαλήθευση του εισοδήματος. Όλα τα μέλη της οικογένειας που είναι 18 ετών και άνω πρέπει να γνωστοποιήσουν το εισόδημά τους. Αν δεν μπορείτε να παρέχετε δικαιολογητικά, μπορείτε να υποβάλλετε μια έγγραφη υπογεγραμμένη δήλωση η οποία θα περιγράφει το εισόδημά σας. Παρέχετε απόδειξη για κάθε αναγνωρισμένη πηγή εισοδήματος.

**Παραδείγματα απόδειξης εισοδήματος περιλαμβάνουν:**

- Μια δήλωση παρακράτησης "W-2", ή
- Τρέχοντα αποκόμματα πληρωμών (3 μήνες), ή
- Εκκαθαριστικό φόρου εισοδήματος του προηγούμενου έτους, συμπεριλαμβανομένων των χρονοδιαγραμμάτων, αν υπάρχουν, ή
- Γραπτές, υπογεγραμμένες δηλώσεις από υπαλλήλους ή άλλους, ή
- Δηλώσεις εισοδήματος από περιουσιακά στοιχεία (μετοχές, ομόλογα, IRA, αμοιβαία κεφάλαια, κλπ), ή
- Έγκριση/άρνηση επιλεξιμότητας για επίδομα ανεργίας.

Αν δεν έχετε καμία απόδειξη εισοδήματος ή κανένα εισόδημα, επισυνάψτε μια πρόσθετη σελίδα με την επεξήγηση.

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΔΑΠΑΝΩΝ**

Χρησιμοποιούμε αυτές τις πληροφορίες για να έχουμε μια πιο ολοκληρωμένη εικόνα της οικονομικής κατάστασής σας.

Μηνιαίες Βασικές Δαπάνες Διαβίωσης:

Ενοίκιο/στεγαστικό δάνειο	\$ _____	Ιατρικές δαπάνες	\$ _____
Ασφάλιστρα Ιατρικής Κάλυψης	\$ _____	Υπηρεσίες Κοινής Ωφέλειας	
	\$ _____		

Άλλα Χρέη/Έξοδα \$ \_\_\_\_\_ (υποστήριξη παιδιών, δάνεια, φάρμακα, άλλα)

**ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΠΕΡΙΟΥΣΙΑΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ**

Αυτές οι πληροφορίες μπορούν να χρησιμοποιηθούν μόνο σύμφωνα με την πολιτική μας και τους Πολιτειακούς νόμους όπου έχετε λάβει φροντίδα και όπου αυτές συλλέγονται και θεωρούνται απαραίτητες από τα Κέντρα Υπηρεσιών Medicare και Medicaid (CMS) για έκθεση κόστους Medicare.

Τρέχον υπόλοιπο λογαριασμού όψεως  
\$ \_\_\_\_\_

Τρέχον υπόλοιπο λογαριασμού  
ταμιευτηρίου  
\$ \_\_\_\_\_

Έχει η οικογένειά σας κάποια από αυτά τα περιουσιακά στοιχεία;  
**Επιλέξτε ότι ισχύει**

- Μετοχές  Ομόλογα  401K  Αποταμιευτικός(-οι)  
Λογαριασμός(-οι) Υγείας  Καταπίστευμα(-τα)  Ιδιοκτησία (με  
εξαίρεση την κύρια κατοικία)  
 Ιδιοκτησία επιχείρησης

**ΕΠΙΠΡΟΣΘΕΤΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ**

Επισυνάψτε μια πρόσθετη σελίδα εάν υπάρχουν άλλες πληροφορίες σχετικά με την τρέχουσα οικονομική σας κατάσταση που θα θέλατε να γνωρίζουμε, όπως οικονομική δυσπραγία, υπερβολικά ιατρικά έξοδα, εποχιακό ή προσωρινό εισόδημα ή προσωπική απώλεια.

**ΣΥΜΦΩΝΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ**

Κατανοώ ότι η Providence μπορεί να επαληθεύσει πληροφορίες εξετάζοντας τις πιστωτικές πληροφορίες και λαμβάνοντας πληροφορίες από άλλες πηγές για να βοηθήσει στον προσδιορισμό της καταλληλότητας για οικονομική βοήθεια ή προγράμματα πληρωμών.

Βεβαιώνω ότι οι παραπάνω πληροφορίες είναι αληθείς και σωστές εξ όσων γνωρίζω. Κατανοώ ότι εάν τα οικονομικά στοιχεία που δίνω κριθούν ψευδή, το αποτέλεσμα μπορεί να είναι άρνηση παροχής οικονομικής βοήθειας και μπορεί να είμαι υπεύθυνος και να αναμένεται να πληρώσω για τις παρεχόμενες υπηρεσίες.

---

Υπογραφή αιτούντος

---

Ημερομηνία