

## Instruções do Formulário de Solicitação de Cuidados de Caridade/Assistência Financeira

Este é um pedido de assistência financeira (também conhecido como caridade) em Providence.

As leis federais e estaduais exigem que todos os hospitais forneçam assistência financeira a pessoas e famílias que atendem a determinados requisitos de renda. Você pode se qualificar para atendimento gratuito ou com desconto com base no tamanho e na renda de sua família, mesmo que tenha seguro saúde. Para ver nossa política de assistência financeira e diretrizes de escala de slides, acesse o site do seu estado de residência em <https://www.providence.org/obp>.

**O que cobre a assistência financeira?** A assistência financeira médica cobre os cuidados médicos necessários fornecidos por um de nossos hospitais ou clínicas dentro de nossa família de organizações, dependendo de sua elegibilidade. A assistência financeira pode não cobrir todos os custos de saúde, incluindo serviços prestados por outras organizações.

**Se tiver dúvidas ou precisar de ajuda para preencher esta inscrição:** Nossas políticas de assistência financeira, informações sobre os programas e materiais de inscrição estão disponíveis em nosso site ou por telefone. Você pode obter ajuda por qualquer motivo, incluindo deficiência e assistência linguística. Documentos escritos traduzidos disponíveis mediante solicitação. Veja como entrar em contato conosco: <https://www.providence.org/obp>

Representantes de atendimento ao cliente em: 503-215-7575 ou r 855-229-6466  
Segunda a sexta das 8h00 às 17h00

Para que o seu pedido seja processado, você deve:

- Fornecer as informações sobre sua família**  
Preencha o número de membros da família em sua residência (família inclui pessoas relacionadas por nascimento, casamento ou adoção que moram juntas)
- Forneça-nos informações sobre a renda mensal bruta de sua família (renda antes de impostos e deduções) para incluir recibos de pagamento, formulários W-2, declarações fiscais, cartas de prêmios de previdência social e declarações de renda retirada de ativos, e declare e forneça documentação para ativos.**<sup>1</sup> (consulte a Seção de Renda do aplicativo de assistência financeira para obter mais exemplos)
- Anexe informações adicionais se necessário**
- Assinar e datar o formulário de assistência financeira**

**Observação:** Você não precisa fornecer um número de Seguro Social para solicitar assistência financeira. Se nos fornecer seu número de Seguro Social, seu número de Seguro Social pode ser usado para identificá-lo ou para verificar as informações fornecidas a nós. Se não tiver um número de Seguro Social, marque “não aplicável” ou “NA”.

**Envie a inscrição preenchida com toda a documentação para:** Providence Regional Business Office, P.O. Box 3299 Portland, OR 97208-3395 UNITED STATES OF AMERICA. Certifique-se de manter uma cópia para si mesmo.

**Para enviar sua inscrição preenchida pessoalmente:** Dirija-se ao Gabinete do Conselheiro Financeiro

<sup>1</sup> Exceto o que é conforme proibido pela lei estadual, a Providence coletará e considerará as informações relacionadas aos ativos, conforme exigido pelos Centros de Serviços Medicare e Medicaid (CMS) para relatórios de custos do Medicare.



do Hospital mais próximo. Iremos notificá-lo sobre a determinação final de elegibilidade e direitos de apelação, se aplicável, entre 14 e 30 dias após o recebimento da e uma solicitação de assistência financeira completa, incluindo documentação de renda.

Ao enviar um pedido de assistência financeira, você fornece seu consentimento para que façamos as consultas necessárias para confirmar as obrigações e as informações financeiras.

**Queremos ajudar. Envie sua inscrição imediatamente. Você pode continuar recebendo extratos de cobrança até que recebamos sua inscrição preenchida e a documentação necessária, a menos que seja proibido pelas leis de caridade de seu estado.**

**Formulário de Solicitação de Cuidados de Caridade/Assistência Financeira - confidencial**

*Preencha todas as informações completamente. Se não se aplicar, escreva "NA". Anexe páginas adicionais, se necessário.*

**INFORMAÇÕES DE TRIAGEM**

Você precisa de um intérprete?  **Sim**  **Não** *Se Sim, liste o idioma preferido:*

O paciente solicitou Medicaid?  **Sim**  **Não** O paciente é cego?  **Sim**  **Não** O paciente está incapacitado?  **Sim**  **Não**

O paciente recebe serviços públicos estaduais como TANF, Basic Food ou WIC?  **Sim**  **Não**

O paciente está atualmente desabrigado?  **Sim**  **Não**

A necessidade de cuidados médicos do paciente está relacionada a um acidente de carro ou acidente de trabalho?  **Sim**  **Não**

**OBSERVE**

- Não podemos garantir que você se qualificará para assistência financeira, mesmo se você se inscrever.
- Depois de enviar sua inscrição, poderemos verificar todas as informações e solicitar informações adicionais ou comprovante de renda.
- Dentro de 14 a 30 dias após recebermos sua inscrição e documentação preenchidas, iremos notificá-lo sobre nossa determinação.

**INFORMAÇÕES DO PACIENTE E DO REQUERENTE**

Nome do paciente		Nome do meio do paciente		Sobrenome do paciente	
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Outro (pode especificar)		Data de nascimento		Número de previdência social do paciente (opcional)	
Pessoa responsável pelo pagamento da conta		Relacionamento com o paciente	Data de nascimento	Número de Segurança Social (opcional)	
Endereço para correspondência				Número(s) de contato principal ( ) _____ ( ) _____ Endereço de email: _____	
Cidade (*):		Estado (*)		Código postal	

Situação profissional da pessoa responsável pelo pagamento da conta

[3] Empregado [4] (data de contratação): \_\_\_\_\_  **Desempregado** (há quanto tempo está desempregado: ) \_\_\_\_\_

**Autônomo**  **Estudante**  **Deficiente**  **Aposentado**  **Outro** \_\_\_\_\_

**INFORMAÇÃO FAMILIAR**

Liste os membros da família em sua casa, incluindo você. "Família" inclui pessoas relacionadas por nascimento, casamento ou adoção que vivem juntas.

**TAMANHO DA FAMÍLIA** \_\_\_\_\_

*Anexe página adicional se necessário*

Nome	Data de nascimento	Relacionamento com o paciente	Se maior de 18 anos: Nome do(s) empregador(es) ou fonte de renda	Se maior de 18 anos: Receita mensal bruta total (antes dos impostos):	Também solicita assistência financeira?
					Sim/Não
					Sim/Não
					Sim/Não
					Sim/Não

**A renda de todos os membros adultos da família deve ser divulgada. As fontes de receita incluem, por exemplo:** Salários- Desemprego-Autônomo-Compensação de trabalhador-Incapacidade-SSI-Filho/apoio ao cônjuge-Programas de estudo de trabalho (estudantes)- Renda extraída de ativos, por exemplo, ações, títulos, IRAs, fundos mútuos, renda de aluguel, etc.

**Formulário de Solicitação de Cuidados de Caridade/Assistência Financeira - confidencial****INFORMAÇÕES DE RENDA**

*LEMBRAR: Você deve incluir comprovante de renda com a sua inscrição. seu aplicativo.*

**Você deve fornecer informações sobre a renda de sua família. A verificação de renda é necessária para determinar a assistência financeira. Todos os membros da família maiores de 18 anos devem informar sua renda. Se não puder fornecer a documentação, poderá enviar uma declaração assinada por escrito descrevendo sua renda. Forneça prova para cada fonte de renda identificada.**

**Exemplos de comprovação de renda incluem:**

- Uma declaração de retenção "W-2" ou
- Contra-cheques atuais (3 meses) ou
- Declaração de imposto de renda do ano anterior, incluindo tabelas, se aplicável ou
- Declarações escritas e assinadas por empregadores ou outros ou
- Demonstrações de renda extraídas de ativos (ações, títulos, IRAs, fundos mútuos, etc) ou
- Aprovação/Negação de elegibilidade para subsídio de desemprego.

Se não tem comprovante de renda ou não tem renda, anexe uma página adicional com uma explicação.

**INFORMAÇÕES DE DESPESAS**

*Usamos essas informações para obter uma imagem mais completa de sua situação financeira.*

Despesas de vida essenciais mensais:

Aluguel/hipoteca	\$ _____	Despesas médicas	\$ _____
Seguros Médicos Premiums	\$ _____	Utilizações tários	\$ _____
Outras Dívidas/Despesas	\$ _____ ( <i>pensão alimentícia, empréstimos, medicamentos, outros</i> )		

**INFORMAÇÕES DO ATIVO**

*Essas informações só podem ser usadas de acordo com nossa política e os regulamentos estaduais nos quais você recebeu atendimento e são coletadas e consideradas conforme exigido pelos Centros de Serviços Medicare e Medicaid (CMS) para relatórios de custos do Medicare.*

Saldo atual da conta corrente \$ _____	Sua família possui esses outros bens? <b>Marque todos os que se aplicam</b> <input type="checkbox"/> Ações <input type="checkbox"/> Títulos <input type="checkbox"/> 401K <input type="checkbox"/> Conta(s) de Poupança de Saúde <input type="checkbox"/> Fundo(s) <input type="checkbox"/> Propriedade (excluindo residência principal) <input type="checkbox"/> Posse de uir um negócio
Saldo atual da conta poupança \$ _____	

**INFORMAÇÕES ADICIONAIS**

Anexe uma página adicional se houver outras informações sobre sua situação financeira atual que gostaria que soubéssemos, como dificuldades financeiras, despesas médicas excessivas, renda sazonal ou temporária ou perda pessoal.

**ACORDO DO PACIENTE**

Entendo que a Providence poderá verificar as informações analisando as informações os dados de crédito e obtendo informações de outras fontes para ajudar a determinar a elegibilidade para assistência financeira ou planos de pagamento.

Afirmo que as informações acima são verdadeiras e corretas, tanto quanto é do meu conhecimento. Entendo que se as informações financeiras que forneço forem falsas, o resultado pode ser a recusa de assistência financeira e poderei sso ser responsável e ter esperar que pagar ue pelos serviços prestados.

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Pessoa

\_\_\_\_\_  
Data de Inscrição