

طلب للحصول على الرعاية الخيرية/المساعدة المالية

أعزائنا المرضى وأفراد الأسرة:

انتساقًا مع رسالتها وقيمتها الأساسية، نحن نلتزم بتقديم الرعاية الصحية للأشخاص بغض النظر عن قدرتهم على الدفع.

الرعاية الخيرية/المساعدة المالية الخاصة بنا:

قد يصعب سداد الفواتير الطبية. يمكن للمرضى غير القادرين على الدفع مقابل جميع خدمات الرعاية الصحية التي تلقوها أو جزء منها تقديم طلب للحصول على المساعدة المالية بأكمل هذا النموذج وإعادته. قد يتأهل المرضى والعائلات الذين يستوفون متطلبات دخل محددة للحصول على رعاية مجانية أو رعاية مخفضة السعر وفقًا لدخل الأسرة وعدد أفرادها، حتى إذا كان لديك تأمين صحي.

للاطلاع على سياسة المساعدة المالية وتوجيهات مقياس الحساب المتدرج الخاصة بنا، يرجى الذهاب إلى الموقع الإلكتروني الخاص بالولاية التي تقيم بها:

<https://www.providence.org/obp>

ما الذي تغطيه المساعدة المالية؟ تغطي المساعدة المالية الخدمات اللازمة طبيًا التي يقدمها أحد مجالس الكهنوت التابعة لنا، اعتمادًا على أهليتك. قد لا تغطي المساعدة المالية جميع تكاليف الرعاية الصحية، بما في ذلك الخدمات المقدمة من المنظمات الأخرى.

إذا كانت لديك أسئلة أو كنت تحتاج إلى مساعدة في إكمال نموذج الطلب هذا: فإن سياسات المساعدة المالية الخاصة بنا و معلومات حول البرامج والوثائق اللازمة لتقديم الطلب متاحة على موقعنا الإلكتروني أو من خلال الهاتف. يمكنك الحصول على مساعدة لأي سبب، بما في ذلك المساعدات المتعلقة بالإعاقة أو اللغة. فيما يلي كيفية التواصل معنا:

<https://www.providence.org/obp>

ممثلو خدمة العملاء على الرقم: 503-215-3030 أو 866-747-2455 من الإثنين إلى الجمعة من 8:00 صباحًا إلى 8:00 مساءً.

ليتم معالجة نموذج طلبك، يجب عليك تقديم:

- معلومات حول أسرتك
- اذكر عدد الأفراد في أسرتك (تشمل الأسرة الأشخاص الذين تجمع بينهم صلة المولد أو الزواج أو التبني والذين يقيمون معًا)
- معلومات حول دخل أسرتك الشهري الكلي (الدخل قبل الضرائب والمبالغ المقتطعة)
- أفصح عن الأصول (كما هو مدرج في نموذج طلب المساعدة المالية)
- أرفق معلومات إضافية إذا لزم الأمر
- وقع نموذج طلب المساعدة المالية وأرخه

****يلزم التحقق من مصدر الدخل****

يرجى إرسال نسخ من الوثائق التالية مع نموذج طلبك:

- كعوب شيكات أجور العمل لـ 3 أشهر
- آخر إقرار ضريبي تم تقديمه عن جميع أفراد الأسرة
- يرجى تقديم إثبات بأي مصدر دخل آخر كما هو مدرج في نموذج طلب المساعدة المالية

ملاحظة: لا يتعين عليك تقديم رقم ضمان اجتماعي للتقدم بطلب للحصول على المساعدة المالية. إذا قمت بتقديم رقم الضمان الاجتماعي الخاص بك فسيساعد ذلك في تعجيل عملية معالجة نموذج طلبك. يتم استخدام أرقام الضمان الاجتماعي للتحقق من المعلومات المقدمة إلينا. إذا لم يكن لديك رقم ضمان اجتماعي، يرجى كتابة "لا ينطبق".

قم بإرسال نموذج الطلب المكتمل مع جميع الوثائق عن طريق البريد إلى (تأكد من الاحتفاظ بنسخة لنفسك):

<https://www.providence.org/obp>

PH&S Regional Business Office, P.O. Box 3268, Portland, OR 97208-3395

لتقديم نموذج الطلب المكتمل بالحضور شخصياً: قم بأخذه إلى خزينة أقرب مستشفى لك

سنقوم بإخطارك بالقرار النهائي المتعلق بالأهلية وحقوق الطعن، إذا كان ذلك منطبقاً، خلال 14 يوماً من تلقي نموذج طلب المساعدة المالية المكتمل، بما في ذلك وثائق الدخل.

عند تقديمك نموذج طلب المساعدة المالية، فإنك بذلك تمنحنا موافقتك على القيام بالاستفسارات اللازمة لتأكيد المعلومات والالتزامات المالية.

**نحن نرغب في مساعدتك. يرجى تقديم نموذج طلبك فوراً!
قد تستمر في تلقي الفواتير حتى نتلقى معلوماتك.**

نموذج طلب الرعاية الخيرية/المساعدة المالية - سري

يرجى إكمال جميع المعلومات بشكل كامل. إذا لم ينطبق عليك أحد الأسئلة، يرجى كتابة "لا ينطبق". ارفق صفحات إضافية إذا لزم الأمر.

معلومات الفحص

هل تحتاج إلى مترجم فوري؟ نعم لا إذا كانت الإجابة بنعم، فاذكر اللغة التي تفضلها:

هل قام المريض بالتقدم بطلب للحصول على مخصصات Medicaid؟ نعم لا قد يلزم التقدم بطلب قبل أن يتم النظر في أمر المساعدة المالية

هل يتلقى المريض الخدمات العامة الخاصة بالولاية مثل TANF (إعانة برنامج المساعدات المؤقتة للأسر المحتاجة) أو الأطعمة الأساسية أو WIC (برنامج التغذية التكميلية للنساء والرضع والأطفال)؟ نعم لا

هل المريض مشرد في الوقت الحالي؟ نعم لا

هل تتعلق الرعاية الطبية التي يحتاج إليها المريض بحادث سيارة أو إصابة عمل؟ نعم لا

يرجى ملاحظة

- لا يمكننا ضمان تأهلك للحصول على المساعدة المالية، حتى إذا قمت بتقديم طلب.
- بمجرد إرسالك لنموذج طلبك، قد نقوم بالتحقق من جميع المعلومات وقد نطلب منك معلومات إضافية أو إثباتاً للدخل.
- خلال 14 يوماً بعد تلقي نموذج طلبك المكتمل والوثائق، سنقوم بإخطارك إذا كنت مؤهلاً للحصول على المساعدة أم لا.

معلومات المريض ومقدم الطلب

الاسم الأول للمريض

الاسم الأوسط للمريض

اسم العائلة الخاص بالمريض

ذكر أنثى

أخرى (يرجى التحديد _____)

تاريخ الميلاد

رقم الضمان الاجتماعي (اختياري*)

*اختياري، ولكن يلزم تقديمه للحصول على قدر أكبر من المساعدات
تتخطى متطلبات قانون الولاية

الشخص المسؤول عن تسديد الفواتير

علاقته بالمريض

تاريخ الميلاد

رقم الضمان الاجتماعي (اختياري*)

*اختياري، ولكن يلزم تقديمه للحصول على قدر أكبر من المساعدات
تتخطى متطلبات قانون الولاية

العنوان البريدي

رقم (أرقام) الاتصال الرئيسي

() _____

() _____

عنوان البريد الإلكتروني:

الرمز البريدي

الولاية

المدينة

الحالة الوظيفية للشخص المسؤول عن سداد الفواتير

يعمل (تاريخ التوظيف: _____) لا يعمل (ما هي مدة بقائه دون عمل: _____)

عمل حر طالب يعاني من إعاقة متقاعد أخرى (_____)

معلومات عن الأسرة

اذكر الأفراد في أسرتك، بما فيهم أنت. تشمل "الأسرة" الأشخاص الذين تجمع بينهم صلة المولد أو الزواج أو التبني والذين يقيمون معاً.

ارفق صفحات إضافية إذا لزم الأمر

عدد أفراد الأسرة

الاسم

تاريخ الميلاد

علاقته بالمريض

إذا كان يبلغ من العمر 18 عامًا أو أكثر:
اسم (أسماء) صاحب العمل أو مصدر الدخل

إذا كان يبلغ من العمر 18 عامًا أو أكثر:
إجمالي الدخل الشهري الكلي (قبل الضرائب):

هل تقدم بطلب أيضاً للحصول على المساعدة المالية؟

نعم / لا

نعم / لا

نعم / لا

نعم / لا

يجب الإفصاح عن دخل جميع أفراد الأسرة البالغين. تشمل مصادر الدخل، على سبيل المثال:

- الأجر - مخصصات البطالة - الأعمال الحرة - تعويضات العاملين - مخصصات الإعاقة - SSI (دخل الضمان التكميلي) - إعالة الطفل/الزوجة (الزوج)

- برامج توفير العمل بجانب الدراسة (للطالبة) - المعاش - توزيعات حساب التقاعد - أخرى (يرجى التوضيح _____)

نموذج طلب الرعاية الخيرية/المساعدة المالية – سري

المعلومات الخاصة بالدخل

تذكر: يجب عليك إرفاق إثبات بالدخل مع نموذج طلبك.

يجب عليك تقديم معلومات حول دخل أسرتك. يلزم التحقق من الدخل لتحديد المساعدة المالية. يجب على جميع أفراد الأسرة الذين يبلغون من العمر 18 عامًا أو أكثر الإفصاح عن دخلهم. إذا كان لا يمكنك تقديم وثائق، يمكنك إرسال بيان مكتوب وموقع يوضح دخلك. يرجى تقديم إثبات بكل مصدر دخل محدد. تشمل الأمثلة على إثباتات الدخل:

- بيان اقتطاع "W-2"؛ أو
- كعوب شيكات أجور حالية (3 أشهر)؛ أو
- الإقرار الضريبي للدخل للعام الماضي، بما في ذلك الجداول إذا كان ينطبق؛ أو
- إفادات كتابية موقعة من أصحاب العمل أو آخرين؛ أو
- قبول/رفض التأهل للحصول على مخصصات Medicaid و/أو المساعدة الطبية الممولة من الولاية؛ أو
- قبول/رفض التأهل للحصول على تعويضات البطالة.

إذا لم يكن لديك إثبات بالدخل أو لم يكن لديك دخل، يرجى إرفاق صفحة إضافية موضحة ذلك.

المعلومات الخاصة بالنفقات

نقوم باستخدام هذه المعلومات لمعرفة حالتك المالية بشكل أفضل.

نفقات الأسرة الشهرية:	
إيجار/رهن عقاري	دولار _____
أقساط التأمين	دولار _____
ديون/نفقات أخرى	دولار _____
النفقات الطبية	دولار _____
المرافق	دولار _____
(عانة طفل، قروض، أدوية، أخرى)	دولار _____

المعلومات الخاصة بالأصول

قد يتم استخدام هذه المعلومات إذا كان دخلك أعلى من 200% من قيمة توجيهاً مستوى خط الفقر الفيدرالي.

هل لدى عائلتك هذه الأصول الأخرى؟ يرجى تحديد كل ما ينطبق	الرصيد الحالي للحساب الجاري	دولار _____
<input type="checkbox"/> أسهم <input type="checkbox"/> سندات <input type="checkbox"/> 401 K <input type="checkbox"/> حساب (حسابات) ادخار صحي <input type="checkbox"/> وديعة (ودائع)	الرصيد الحالي لحساب الادخار	دولار _____
<input type="checkbox"/> ملكية عقارية (يُستثنى منها محل الإقامة الرئيسي) <input type="checkbox"/> امتلاك عمل تجاري		دولار _____

معلومات إضافية

يرجى إرفاق صفحة إضافية إذا كانت هناك معلومات أخرى عن حالتك المالية الحالية ترغب في أن نعلم بشأنها، مثل أزمة مالية أو دخل موسمي أو مؤقت أو خسارة شخصية.

موافقة المريض

أدرك أن Providence Health & Services قد تتحقق من المعلومات بمراجعة معلومات الائتمان وبالوصول على معلومات من مصادر أخرى للمساعدة في تحديد الأهلية للمساعدة النقدية أو خطط الدفع.

أؤكد على أن المعلومات المذكورة أعلاه صحيحة على حد علمي. أدرك أنه إذا تقرر بأن المعلومات التي قدمتها خاطئة، فإن النتيجة ستكون رفض المساعدة المالية، وسأكون مسؤولاً عن الدفع مقابل الخدمات المقدمة ومتوقع مني ذلك.

التاريخ

توقيع الشخص المتقدم بالطلب