

Zahtjev za zdravstvenu skrb za siromašne građane / financijsku pomoć

Poštovani pacijenti i obitelji,

djelujući u skladu sa svojom misijom i temeljnim vrijednostima, cilj nam je zdravstvenu skrb omogućiti svim osobama, bez obzira mogu li je platiti.

Naš program zdravstvene skrbi za siromašne građane / financijske pomoći:

Račune za liječenje ponekad je teško platiti. Pacijenti koji ne mogu sami platiti cijeli račun ili dio računa za zdravstvene usluge mogu zatražiti financijsku pomoć tako da ispune i pošalju ovaj obrazac. Pacijenti i obitelji koje ispunjavaju određene prihodovne kriterije mogu, ovisno o veličini obitelji i prihodima, ostvariti pravo na besplatnu skrb ili skrb po nižoj cijeni, čak i ako imaju zdravstveno osiguranje.

Pravilnik o financijskoj pomoći i objašnjenje varijabilnog cjenika usluga potražite na internetskim stranicama države iz koje dolazite:

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

Što financijska pomoć pokriva? Financijska pomoć pokriva medicinski neophodne usluge koje pružaju naše službe, ovisno o Vašoj podobnosti. Financijska pomoć ne mora nužno pokrivati sve troškove zdravstvene skrbi, kao što su usluge drugih organizacija.

Ako imate pitanja ili Vam je potrebna pomoć pri ispunjavanju zahtjeva: Pravilnik o financijskoj pomoći, informacije o programima i dokumentacija za podnošenje zahtjeva dostupni su na našoj internetskoj stranici ili putem telefona. Pomoć možete zatražiti iz bilo kojeg razloga, bilo da se radi o invaliditetu ili jezičnoj podršci. Možete nas kontaktirati na sljedeće načine:

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

Djelatnici Službe za pacijente dostupni su na broju: 503-215-3030 ili 866-747-2455 ponedjeljak – petak od 8:00 do 20:00 sati.

Da bismo obradili Vaš zahtjev, morate dostaviti sljedeće informacije:

- Informacije o svojoj obitelji**
Navedite broj članova obitelji u Vašem kućanstvu (obitelj podrazumijeva osobe koje su povezane rođenjem, brakom ili posvojenjem i zajedno žive)
- Informacije o mjesečnom bruto prihodu obitelji** (prihodi prije oporezivanja i odbitaka)
- Informacije o imovini** (prema zahtjevu za financijsku pomoć)
- Po potrebi navedite dodatne informacije**
- Potpišite i datirajte zahtjev za financijsku pomoć**

****Obvezno je prilaganje dokaza o izvorima prihoda****

Molimo Vas da uz zahtjev priložite kopije sljedećih dokumenata:

- Platne liste za 3 mjeseca
- Zadnje predane porezne prijave svih članova obitelji
- Molimo Vas da nam dostavite dokaze za sve ostale izvore prihoda kako je navedeno na zahtjevu za financijsku pomoć

Napomena: Da biste podnijeli zahtjev za financijsku pomoć, ne morate navesti broj socijalnog osiguranja. Ako navedete broj socijalnog osiguranja, brže ćemo obraditi Vaš zahtjev. Pomoću broja socijalnog osiguranja provjeravamo informacije koje ste nam dali. Ako nemate broj socijalnog osiguranja, napišite „nije primjenjivo“ ili „NA“.

Ispunjen zahtjev sa svom popratnom dokumentacijom pošaljite na adresu (svakako jedan primjerak zadržite za sebe):

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

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

Da biste ispunjen zahtjev predali osobno: odnesite ga u Računovodstvo najbliže bolnice (Hospital Cashier Office)

O podobnosti za financijsku pomoć i pravu na žalbu, ako postoji, obavijestit ćemo Vas u roku od 14 kalendarskih dana od zaprimanja potpunog zahtjeva za financijsku pomoć i dokumentacije o prihodima.

Predajom zahtjeva za financijsku pomoć pristajete da po potrebi provjerimo Vaše financijske obveze i podatke.

Želimo pomoći. Pošaljite zahtjev što prije!
Dok ne dobijemo Vaše informacije, još uvijek Vam mogu stizati računi.

Zahtjev za zdravstvenu skrb za siromašne građane / financijsku pomoć – povjerljivo

Molimo Vas da ispunite sve informacije. Ako se nešto ne odnosi na Vas, napišite „NA”. Po potrebi priložite dodatne stranice.

OPĆE INFORMACIJE

Trebate li prevoditelja? Da Ne *Ako je odgovor da, navedite za koji jezik:*

Je li pacijent predao zahtjev za Medicaid? Da Ne *Možda mora predati zahtjev prije nego bude razmotren za financijsku pomoć*

Prima li pacijent državnu pomoć kao što je TANF, Basic Food ili WIC? Da Ne

Je li pacijent trenutno beskućnik? Da Ne

Je li medicinska skrb koja je pacijentu pružena povezana s automobilskom nesrećom ili ozljedom na radu? Da Ne

NAPOMENE

- Čak i ako podnesete zahtjev, ne možemo Vam jamčiti da ćete biti podobni za financijsku pomoć.
- Nakon što pošaljete zahtjev, imamo pravo provjeriti sve podatke i zatražiti dodatno pojašnjenje ili dokaz o prihodima.
- U roku od 14 dana od zaprimanja Vašeg potpunog zahtjeva i dokumentacije, obavijestit ćemo Vas ispunjavate li uvjete za financijsku pomoć.

INFORMACIJE O PACIJENTU / PODNOSITELJU ZAHTEVA

| | | | | | |
|--|--|-----------------------|---------------|--|--|
| Ime pacijenta | | Drugo ime pacijenta | | Prezime pacijenta | |
| <input type="checkbox"/> Muško <input type="checkbox"/> Žensko <input type="checkbox"/> Drugo (možete navesti _____) | | Datum rođenja | | Broj socijalnog osiguranja (nije obavezno*) <i>*nije obavezno navesti, ali potrebno u slučaju pomoći koja je opsežnija od zakonski predviđene</i> | |
| Osoba odgovorna za plaćanje računa | | Srodstvo s pacijentom | Datum rođenja | Broj socijalnog osiguranja (nije obavezno*) <i>*nije obavezno navesti, ali potrebno u slučaju pomoći koja je opsežnija od zakonski predviđene</i> | |
| Adresa za primanje pošte _____ _____ | | | | Glavni broj(evi) za kontakt () _____ () _____ Adresa e-pošte: _____ | |
| Grad | | Država | | Poštanski broj | |
| Radni status osobe koja je odgovorna za plaćanje računa <input type="checkbox"/> Zaposlen/a (datum zaposlenja: _____) <input type="checkbox"/> Nezaposlen/a (koliko dugo je osoba nezaposlena: _____) <input type="checkbox"/> Samostalan rad <input type="checkbox"/> Student <input type="checkbox"/> Invalid <input type="checkbox"/> Umirovljenik <input type="checkbox"/> Drugo (_____) | | | | | |

INFORMACIJE O OBITELJI

Navedite članove obitelji u Vašem kućanstvu, uključujući sebe. „Obitelj” podrazumijeva osobe koje su povezane rođenjem, brakom ili posvojenjem i zajedno žive.

BROJ ČLANOVA OBITELJI _____

Po potrebi navesti na dodatnom listu papira

| Ime i prezime | Datum rođenja | Srodstvo s pacijentom | Ako ima 18 godina ili više: Ime poslodavca/poslodavaca ili izvor prihoda | Ako ima 18 godina ili više: Ukupan mjesečni bruto prihod (prije oporezivanja): | Podnosi li također zahtjev za financijsku pomoć? |
|---------------|---------------|-----------------------|---|---|--|
| | | | | | Da / Ne |
| | | | | | Da / Ne |
| | | | | | Da / Ne |
| | | | | | Da / Ne |

Obavezno morate navesti prihode svih odraslih članova obitelji. Izvori prihoda mogu primjerice biti:

- Plaća - Naknada za nezaposlene - Prihod od samostalnog rada - Naknada za ozljedu na radu - Naknada za invalidnost - SSI
- Dječji doplatak/alimentacija - Naknade za rad uz studij (studenti) - Mirovina - Isplate umirovljeničke štednje
- Drugo (*molimo pojašniti* _____)

Zahtjev za zdravstvenu skrb za siromašne građane / financijsku pomoć – povjerljivo

INFORMACIJE O PRIHODIMA

UPAMTITE: Uz zahtjev morate priložiti dokaze o prihodima.

Morate navesti informacije o prihodima članova Vaše obitelji. Da bismo utvrdili Vašu podobnost za financijsku pomoć, potrebni su nam dokazi o Vašim prihodima.

Svi članovi obitelji s navršениh 18 godina ili stariji moraju dostaviti podatke o prihodima. Ako ne možete dostaviti potrebnu dokumentaciju, možete dostaviti potpisanu izjavu u kojoj opisujete svoje prihode. Molimo Vas da za svaki izvor prihoda dostavite dokaz.

Primjeri dokaza o prihodima:

- obrazac W-2 s informacijama o plaćenim doprinosima ili
- aktualne platne liste (3 mjeseca) ili
- porezna prijava za prethodnu godinu, uključujući plan isplate, ako postoji, ili
- pisana, potpisana izjava poslodavca ili druge osobe ili
- odluka o isplati/neisplati pomoći Medicaid i/ili državne medicinske pomoći ili
- odluka o isplati/neisplati naknade za nezaposlene.

Ako nemate dokaze o prihodima ili nemate prihoda, molimo da to na dodatnom listu objasnite.

INFORMACIJE O TROŠKOVIMA

Ove nam informacije služe da dobijemo bolju sliku Vaše financijske situacije.

Mjesečni izdaci kućanstva:

| | | | |
|---------------------------|----------|---|----------|
| Najamnina/stambeni kredit | \$ _____ | Troškovi liječenja | \$ _____ |
| Premije osiguranja | \$ _____ | Režije | \$ _____ |
| Ostala dugovanja/troškovi | \$ _____ | <i>(alimentacija, krediti, lijekovi, drugo)</i> | |

INFORMACIJE O IMOVINI

Ove informacije su nam korisne ako su Vaši prihodi viši od 200 % u odnosu na Smjernice o siromaštvu.

| | |
|---|---|
| Trenutačno stanje na tekućem računu \$ _____ | Ima li Vaša obitelj neku ovdje navedenu imovinu? Označite ono što se odnosi na Vas <input type="checkbox"/> Dionice <input type="checkbox"/> Obveznice <input type="checkbox"/> 401K <input type="checkbox"/> Štednja za zdravstvene usluge <input type="checkbox"/> Zaklada/e <input type="checkbox"/> Nekretnina (osim primarnog mjesta stanovanja) <input type="checkbox"/> Vlasnik tvrtke |
| Trenutačno stanje štednje \$ _____ | |

DODATNE INFORMACIJE

Na dodatnom listu papira možete navesti druge informacije o svojoj trenutačnoj financijskoj situaciji koje smatrate da bismo trebali znati, a mogu se odnositi na financijske neprilike, sezonski ili privremeni приход ili osobni gubitak.

PRISTANAK PACIJENTA

Razumijem da organizacija Providence Health & Services može provjeravati informacije uvidom u moje kreditno stanje i da može zatražiti informacije iz drugih izvora kako bi lakše utvrdila podobnost za financijsku pomoć ili programe plaćanja.

Potvrđujem da su navedene informacije prema mojim saznanjima istinite i točne. Razumijem da će mi financijska pomoć biti uskraćena ako se utvrdi da su informacije koje sam naveo/la neistinite i da ću morati snositi odgovornost i platiti za pružene usluge.

Potpis podnositelja zahtjeva

Datum