

Beantragung der wohltätigen Gesundheitsversorgung/Finanzhilfe

Sehr geehrter Patient und sehr geehrte Familie,

unser Anspruch ist, in Übereinstimmung mit unserem Auftrag und unseren zentralen Werten, Gesundheitsdienstleistungen für Menschen zu erbringen, unabhängig von ihrer Zahlungsfähigkeit.

Unsere wohltätige Gesundheitsversorgung/Finanzhilfe:

Die Begleichung von Arztrechnungen kann oftmals schwer fallen. Patienten, die für ihre gesamten medizinischen Versorgungsleistungen oder für einen Teil dieser Gesundheitsdienste nicht aufkommen können, haben die Möglichkeit, finanzielle Unterstützung zu beantragen, indem Sie dieses Formular ausfüllen und an uns zurücksenden. Patienten und Familien, die bestimmte Einkommensvoraussetzungen erfüllen, können eine kostenlose oder verbilligte Gesundheitsversorgung auf der Grundlage ihrer Familiengröße und ihres Haushaltseinkommens in Anspruch nehmen, selbst wenn sie eine Krankenversicherung besitzen.

Rufen Sie die Seite mit dem Bundestaat Ihres Wohnsitzes auf unserer Website auf, um unsere Finanzhilfe-Richtlinien und unseren Leitfaden zur Preisstaffelung nachzulesen:

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

Welche Leistungen deckt die Finanzhilfe? Die Finanzhilfe deckt ärztlich notwendige Dienstleistungen, die je nach Ihrer Anspruchsberechtigung durch eine unserer Gesundheitseinrichtungen erbracht werden. Es ist möglich, dass durch die Finanzhilfe nicht alle medizinischen Kosten abgedeckt werden, einschließlich Dienstleistungen, die andere Organisationen erbracht haben.

Wenn Sie Fragen haben oder Hilfe beim Ausfüllen des vorliegenden Antrags benötigen: Unsere Finanzhilfe-Richtlinien sowie Informationsmaterial über das Finanzhilfeprogramm und die Antragsunterlagen sind auf unserer Webseite verfügbar. Gerne informieren wir Sie auch telefonisch. Wir stehen Ihnen für alle Fälle zur Verfügung und unterstützen Sie auch bei Sprachproblemen oder bei Einschränkungen durch Behinderung. So können Sie uns kontaktieren:

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

Unsere Kundenservice-Mitarbeiter stehen unter den folgenden Telefonnummern zu Ihrer Verfügung: 503-215-3030 oder 866-747-2455 Montag bis Freitag 8:00 Uhr bis 20:00 Uhr

Damit Ihr Antrag bearbeitet werden kann, müssen Sie uns die folgenden Auskünfte erteilen:

- Informationen über Ihre Familie**
Geben Sie bitte die Anzahl der Familienmitglieder in Ihrem Haushalt an (Familie bezieht sich auf Personen, die durch Geburt, Heirat oder Adoption verwandt sind und zusammenleben)
- Informationen über das Bruttomonatseinkommen Ihrer Familie** (vor Steuern und Abzügen)
- Vermögensangaben** (wie auf dem Antragsformular aufgelistet)
- Ggf. zusätzliche Informationen beifügen**
- Das Antragsformular für die Finanzhilfe unterzeichnen und datieren**

****Der Nachweis der Einkommensquelle ist erforderlich****

Bitte reichen Sie zusammen mit Ihrem Antrag auch Kopien der folgenden Unterlagen ein:

- 3 Gehaltsabrechnungen
- Zuletzt eingereichte Steuererklärung für alle Familienmitglieder
- Bitte weisen Sie alle anderen Einkommen wie auf dem Antragsformular für die Finanzhilfe angegeben nach

Bitte beachten: Die Angabe der Sozialversicherungsnummer ist für die Beantragung der Finanzhilfe nicht erforderlich.

Sollten Sie uns Ihre Sozialversicherungsnummer mitteilen, so beschleunigt dies die Bearbeitung Ihres Antrags. Wir verwenden Sozialversicherungsnummern, um die von Ihnen gemachten Angaben zu prüfen. Wenn Sie keine Sozialversicherungsnummer besitzen, dann tragen Sie bitte „nicht anwendbar“ oder „NA“ ein.

Senden Sie den ausgefüllten Antrag mit allen Unterlagen (behalten Sie eine Kopie des ganzen Vorgangs für sich) auf dem Postweg an:

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

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

Sie können Ihren ausgefüllten Antrag auch persönlich einreichen: Begeben Sie sich zum Kassenbüro des Krankenhauses in Ihrer Nähe.

Wir werden Sie über die endgültige Festlegung zur Anspruchsberechtigung und ggf. zur Einlegung eines Rechtsbehelfs innerhalb von 14 Kalendertagen nach Erhalt des vollständig ausgefüllten Antrags auf Finanzhilfe, einschließlich der Einkommensnachweise, benachrichtigen.

Durch das Einreichen eines Antrags auf Finanzhilfe ermächtigen Sie uns, alle erforderlichen Erkundigungen einzuziehen, um Ihre finanziellen Verpflichtungen und Informationen zu bestätigen.

**Wir möchten Ihnen helfen. Bitte schicken Sie uns Ihren Antrag umgehend!
Sie können Rechnungen erhalten, bis Ihre Informationen bei uns eingehen.**

Antragsformular Wohltätige Gesundheitsversorgung/Finanzhilfe – Vertraulich

Bitte füllen Sie alle Informationen vollständig aus. Unzutreffendes bitte mit „NA“ ausfüllen. Ggf. weitere Blätter beifügen.

VORABINFORMATIONEN

Benötigen Sie einen Dolmetscher? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <i>Wenn ja, tragen Sie bitte die bevorzugte Sprache ein:</i>
Hat der Patient Medicaid beantragt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <i>Er kann verpflichtet werden, dies zu beantragen, um für die Finanzhilfe berücksichtigt zu werden</i>
Erhält der Patient staatliche Versorgungsleistungen wie TANF, Basic Food oder WIC? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ist der Patient derzeit ohne Wohnsitz? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Hängt der Bedarf an medizinischer Betreuung mit einem Auto- oder Arbeitsunfall zusammen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

BITTE BEACHTEN

- Wir können nicht gewährleisten, dass Sie in das Finanzhilfeprogramm aufgenommen werden, auch wenn Sie einen Antrag stellen.
- Nach Eingang Ihres Antrags prüfen wir alle enthaltenen Informationen. Es kann durchaus möglich sein, dass wir zusätzliche Informationen oder ergänzende Einkommensnachweise ersuchen.
- Innerhalb von 14 Kalendertagen nach Erhalt Ihres ausgefüllten Antrags und Ihrer Unterlagen werden wir Sie informieren, ob Sie finanzhilfeberechtigt sind.

INFORMATIONEN ZUM PATIENTEN UND ANTRAGSTELLER

Vorname des Patienten	Mitteldname des Patienten	Nachname des Patienten
<input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> Sonstiges (bitte angeben _____)	Geb.-Datum	Sozialversicherungsnr. (optional*) <i>*optional, jedoch erforderlich für großzügige Hilfen, die über den Anforderungen nach Bundesstaatsrecht liegen</i>
Verantwortlicher für die Rechnungszahlung	Verhältnis zum Patienten	Geb.-Datum Sozialversicherungsnr. (optional*) <i>*optional, jedoch erforderlich für großzügige Hilfen, die über den Anforderungen nach Bundesstaatsrecht liegen</i>
Postanschrift		Hauptkontaktnummer(n) () _____ () _____ E-Mail-Adresse: _____
Stadt	Bundesstaat	PLZ
Beschäftigungsstatus des Verantwortlichen für die Rechnungszahlung <input type="checkbox"/> Erwerbstätig (Einstellungsdatum: _____) <input type="checkbox"/> Erwerbslos (wie lange arbeitslos: _____) <input type="checkbox"/> Selbstständig <input type="checkbox"/> Student <input type="checkbox"/> Behindert <input type="checkbox"/> im Ruhestand <input type="checkbox"/> Sonstiges (_____)		

INFORMATIONEN ZUR FAMILIE

Tragen Sie alle Familienmitglieder ein, die zu Ihrem Haushalt gehören, einschließlich sich selbst. „Familie“ bezieht sich auf Personen, die durch Geburt, Heirat oder Adoption verwandt sind und zusammenleben.

FAMILIENGRÖSSE _____

Ggf. ein weiteres Blatt beifügen

Name	Geb.-Datum	Verhältnis zum Patienten	Wenn 18 Jahre alt oder älter: Name des/r Arbeitgeber/s oder Einkommensquelle	Wenn 18 Jahre alt oder älter: Gesamt-Bruttomonatseinkommen (vor Steuerabzug):	Beantragt auch Finanzhilfe?
					Ja / Nein
					Ja / Nein
					Ja / Nein
					Ja / Nein

Die Einkommen aller erwachsenen Familienmitglieder sind anzugeben. Einnahmequellen sind bspw.:

- Gehalt/Lohn - Arbeitslosenunterstützung - Selbstständige Erwerbstätigkeit - Arbeitsunfallversicherung
- Behindertenversorgung - SSI (Ergänzende Einkommenssicherheit) - Unterhalt für Kinder/Ehegatten
- Duales Studium (Studenten) - Rente/Pension - Erträge des Alterssparkontos - Sonstiges (*bitte erklären* _____)

Antragsformular Wohltätige Gesundheitsversorgung/Finanzhilfe – Vertraulich

INFORMATIONEN ZUM EINKOMMEN

HINWEIS: Sie sind verpflichtet, Ihrem Antrag Einkommensnachweise beizufügen.

Sie müssen Auskünfte zum Familieneinkommen geben. Die Prüfung der Einkommensnachweise ist zur Festlegung der Finanzhilfeberechtigung erforderlich.

Alle Familienmitglieder, die 18 Jahre alt oder älter sind, müssen Ihr Einkommen angeben. Wenn Sie keinen Nachweis vorlegen können, müssen Sie eine unterzeichnete schriftliche Erklärung einreichen, die Ihr Einkommen beschreibt. Bitte fügen Sie für jede identifizierte Einnahmequelle einen Nachweis bei.

Beispiele für Einkommensnachweise beinhalten:

- Eine „W-2“ Lohnsteuerbescheinigung; oder
- Aktuelle Gehaltsabrechnungen (3 Monate); oder
- Einkommenssteuererklärung des letzten Jahres, ggf. einschließlich Anhängen; oder
- Unterzeichnete schriftliche Erklärungen von Arbeitnehmern oder sonstigen; oder
- Genehmigung/Ablehnung des Anspruchs auf Medicaid und/oder staatliche medizinische Versorgung; oder
- Genehmigung/Ablehnung des Anspruchs auf Arbeitslosenunterstützung.

Wenn Sie nicht im Besitz eines Einkommensnachweises sind oder kein Einkommen haben, fügen Sie bitte ein weiteres Blatt bei, auf dem Sie den Sachverhalt erklären.

INFORMATIONEN ZU KOSTEN UND AUSGABEN

Wir verwenden diese Informationen, um uns ein vollständiges Bild von Ihrer finanziellen Situation machen zu können.

Monatliche Haushaltsausgaben:

Miete/Hypothek	\$ _____	Behandlungskosten	\$ _____	
Versicherungsprämien	\$ _____	Versorgungsleistungen	\$ _____	
Sonstige Verbindlichkeiten/ Ausgaben	\$ _____	<i>(Unterhalt für Kinder, Darlehen, Medikamente, sonstiges)</i>		

INFORMATIONEN ZUM VERMÖGEN

Diese Informationen können verwendet werden, wenn Ihr Einkommen höher ist als 200 % der US-Armutsschwelle.

Derzeitiges Girokontoguthaben
\$ _____

Derzeitiges Sparkontoguthaben
\$ _____

Besitzt Ihre Familie diese anderen Vermögenswerte?

Bitte alles Zutreffende ankreuzen

- Aktien
 Anleihen
 401K (Investmentplan)
 Gesundheitssparkonto(s)
 Fonds
 Eigentum (ausgenommen Erstwohnsitz)
 Eigenes Unternehmen

ZUSÄTZLICHE INFORMATIONEN

Bitte fügen Sie ein weiteres Blatt bei, wenn Sie uns weitere Auskünfte über Ihre derzeitige finanzielle Situation erteilen möchten, wie beispielsweise saisonbedingte oder vorübergehende Erträge oder ein persönlicher Verlust.

PATIENTENVEREINBARUNG

Ich verstehe, dass Providence Health & Services Informationen durch Anfragen bei Kreditbüros oder anderen Quellen zur Festlegung der Finanzhilfeberechtigung oder des Anspruchs auf Zahlungspläne nachprüfen kann.

Ich bestätige, dass die obigen Angaben nach bestem Wissen wahr und genau sind. Ich verstehe, dass mein Antrag auf Finanzhilfe abgelehnt wird, wenn es sich herausstellt, dass die von mir bereitgestellten Informationen falsch waren. Ich übernehme die Verantwortung für in Anspruch genommene Dienstleistungen sowie deren Begleichung.

Unterschrift des Antragstellers

Datum