

בקשת תרומה/סיוע כספי

מטופל יקר, בני משפחה יקרים,

בהתאם לייעוד שלנו ובהתאם לערכי היסוד שלנו, אנחנו מחויבים לספק טיפול רפואי לכל אחד – למי שיכול לשלם תמורתו וגם למי שקשה לו לשלם.

התרומות/הסיוע הכספי שלנו:

לפעמים קשה לשלם חשבונות רפואיים. מטופלים שלא יכולים לשלם תמורת השירותים הרפואיים שקיבלו או תמורת חלק מהם, יכולים להגיש בקשה לסיוע כספי. הם צריכים למלא את הטופס הזה ולשלוח אותו. מטופלים ומשפחות בגודל מסוים עם הכנסות מסוימות יכולים לקבל טיפול בחינם או במחיר מוזל, גם אם יש להם ביטוח רפואי.

כדי לעיין במדיניות הסיוע הכספי שלנו ובהנחיות לגבי סולם הזכאות, עבור לאתר המתאים למדינה שבה אתה גר:

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

מה מכסה הסיוע הכספי? הסיוע הכספי מכסה שירותים חיוניים מבחינה בריאותית שניתנים על ידי אחד הגופים השייכים לנו, בהתאם לזכאות שלך. ייתכן שהסיוע הכספי לא יכסה את כל הוצאות הטיפול הרפואי, למשל, את השירותים שארגונים אחרים נותנים.

אם יש לך שאלות או שאתה צריך עזרה במילוי הטופס: ניתן להגיע למדיניות הסיוע הכספי שלנו, למידע על התוכניות ולחומרי הגשת הבקשה באתר האינטרנט שלנו או בטלפון. מותר לבקש עזרה מכל סיבה שהיא, כולל נכות וקשיי שפה. כך אפשר ליצור איתנו קשר:

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

נציגי שירות לקוחות בטלפון: 503-215-3030 או 866-747-2455 שני - שישי מ-8:00 בבוקר עד 8:00 בערב

כדי שנוכל לטפל בבקשה שלך, אתה צריך:

- לתת לנו מידע על המשפחה שלך
- לכתוב כמה בני משפחה יש במשק הבית שלך (בני משפחה הם אנשים שגרים יחד וקשורים זה לזה בקשרי הולדה, נישואים או אימוץ)
- לתת לנו מידע על ההכנסה החודשית ברוטו של המשפחה (ההכנסה לפני ניכוי מסים וניכויים אחרים)
- להצהיר על נכסים (לפי הרשימה בטופס הבקשה לסיוע כספי)
- לצרף מידע נוסף, בהתאם לצורך
- לציין את התאריך בטופס הבקשה לסיוע כספי ולחתום עליה

****חובה למסור אישורים על מקורות ההכנסה****

צריך לטופס הבקשה עותקים של המסמכים הבאים:

- תלושי משכורת מ-3 החודשים האחרונים
- דוחות המס האחרונים שהוגשו, של כל בני המשפחה
- אישורים על מקורות הכנסה אחרים, לפי הרשימה בטופס הבקשה לסיוע כספי

שים לב: אתה לא חייב לתת את מספר ה-Social Security שלך בשביל לבקש סיוע כספי. אם תיתן לנו את מספר ה-Social Security, זה יעזור לנו לטפל בבקשה שלך מהר יותר. מספרי ה-Social Security עוזרים לנו לבדוק את המידע שאנחנו מקבלים. אם אין לך מספר Social Security, כתוב "not applicable" (לא רלוונטי) או "NA".

שלח בדואר את הטופס המלא ואת המסמכים הנוספים לכתובת להלן (שמור עותק אחד גם אצלך):

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

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

אם ברצונך למסור את הטופס והמסמכים בעצמך: מסור אותם בדלפק הקופה (Cashier Office) בבית החולים הקרוב

אנחנו נודיע לך על ההחלטה הסופית בקשר לזכאות שלך (ובמקרה הצורך גם נודיע מהן זכויות הערעור) תוך 14 ימים קלנדריים מיום קבלת טופס הבקשה המלא לסיוע כספי ומסמכי ההכנסות.

בהגשת הבקשה לסיוע כספי אתה מאשר שאתה מסכים שאנחנו נבדוק את הפרטים לגבי הכספים וההתחייבויות שלך.

**אנחנו רוצים לעזור. שלח את טופס הבקשה בהקדם!
עד שהמידע שתשלח יגיע אלינו, ייתכן שתקבל חשבונות.**

טופס בקשה לתרומה/סיוע כספי - סודי

מלא את כל הפרטים בטופס. אם משהו לא רלוונטי, כתוב "NA". צרף עוד דפים, אם יש צורך בכך.

פרטים ראשוניים

האם אתה צריך מתורגמן? כן לא אם כן, ציין שפה מועדפת:

האם המטופל הגיש בקשה ל-Medicaid? כן לא ייתכן שנבקש מהמטופל להגיש בקשה ל-Medicaid ורק לאחר מכן נבדוק את הזכאות לסייע כספי

האם המטופל מקבל שירותים ציבוריים מהמדינה, כגון TANF, Basic Food או WIC? כן לא

האם המטופל חסר בית כרגע? כן לא

האם הצורך של המטופל בטיפול רפואי קשור לתאונת דרכים או לתאונת עבודה? כן לא

שים לב

- גם אם תגיש את הבקשה, אנחנו לא יכולים להבטיח שתעמוד בדרישות הזכאות לסייע כספי.
- אחרי שתגיש את הבקשה, ייתכן שנרצה לבדוק את המידע וייתכן שנבקש פרטים נוספים או אישור הוכחת הכנסה.
- בתוך 14 יום מקבלת טופס הבקשה ושאר המסמכים נודיע לך אם אתה זכאי לסייע.

פרטי המטופל ומגיש הבקשה

שם המשפחה של המטופל	השם האמצעי של המטופל	השם הפרטי של המטופל
---------------------	----------------------	---------------------

מספר Social Security (לא חובה*)	תאריך לידה	<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/> אחר (אפשר לפרט _____)
---------------------------------	------------	--

* לא חובה, אבל דרוש לצורך סיוע נדיב יותר מהסיוע הקבוע בחוק

מספר Social Security (לא חובה*)	תאריך לידה	הקשר למטופל	האדם האחראי לתשלום החשבון
---------------------------------	------------	-------------	---------------------------

* לא חובה, אבל דרוש לצורך סיוע נדיב יותר מהסיוע הקבוע בחוק

כתובת למשלוח דואר

מספרים ליצירת קשר
() _____
() _____

כתובת דוא"ל: _____

עיר _____ מדינה _____ מיקוד _____

סטטוס התעסוקה של האדם האחראי לתשלום החשבון

עובד (תאריך תחילת העבודה: _____) מובטל (משך האבטלה: _____)

עצמאי סטודנט נכה בפנסיה אחר (_____)

פרטים על המשפחה

רשום את שמות בני המשפחה השייכים למשק הבית, כולל את עצמך. "בני משפחה" הם אנשים שגרים יחד וקשורים זה לזה בקשרי הולדה, נישואים או אימוץ.

הוסף עוד דף, אם יש צורך בכך גודל המשפחה _____

שם	תאריך לידה	הקשר למטופל	אם בן 18 או יותר: שם המעסיק או מקור ההכנסה	אם בן 18 או יותר: ההכנסה החודשית ברוטו (לפני ניכוי מסים):	מגיש בקשה לסייע כספי גם כן?
					כן / לא
					כן / לא
					כן / לא
					כן / לא

יש למסור פרטים על ההכנסות של כל בני המשפחה הבוגרים. מקורות הכנסה כוללים, למשל:

- משכורות - דמי אבטלה - הכנסות כעצמאי - תשלום תמורת עבודה - קצבת נכות - SSI - תשלומי מזונות לילד/בת זוג
- תוכניות עבודה תוך כדי לימודים (לסטודנטים) - פנסיה - קצבאות מחיסכון פנסיוני - אחר (נא לפרט: _____)

טופס בקשה לתרומה/סיוע כספי - סודי

מידע על ההכנסות

זכור: חובה לצרף לטופס הבקשה אישור הוכחת הכנסה.

חובה למסור מידע על הכנסות המשפחה. אנחנו לא יכולים לקבוע זכאות לסיוע כספי בלי לבדוק את ההכנסות. כל בני המשפחה מגיל 18 והלאה חייבים למסור פרטים על הכנסתם. אם אינך יכול להשיג את המסמכים, אתה רשאי למסור הצהרה חתומה בכתב המתארת את ההכנסות שלך. צרף אישורים לכל מקור הכנסה בנפרד.

הנה כמה דוגמאות לאישורי הוכחת הכנסה:

- אישור W-2 על ניכוי במקור; או
- תלושי שכר עדכניים (3 חודשים); או
- דו"ח מהשנה שעברה למס הכנסה, כולל ה-schedules, אם קיימים; או
- הצהרות חתומות בכתב ממעסיקים או מאנשים אחרים; או
- אישור/סירוב לזכאות ל-Medicaid ו/או לסיוע רפואי מהמדינה; או
- אישור/סירוב לזכאות לדמי אבטלה.

אם אין לך אישור הוכחת הכנסה או שאין לך הכנסה, צרף דף נוסף עם הסבר.

פרטים על הוצאות

המידע הזה עוזר לנו להבין טוב יותר את מצבך הכלכלי.

הוצאות משק הבית החודשיות:	
שכירות/משכנתה \$ _____	הוצאות רפואיות \$ _____
פרמיות ביטוח \$ _____	חשמל, מים וכדומה \$ _____
הוצאות/התחייבויות אחרות \$ _____	(מזונות, הלוואות, תרופות, אחר) _____

פרטים על נכסים

ייתכן שנשתמש במידע הזה, אם ההכנסה שלך עולה על 200% מהמצוין ב-Federal Poverty Guidelines.

היתרה הנוכחית בחשבון העו"ש שלך \$ _____	האם יש למשפחה שלך נכסים נוספים? סמן את כל הנכסים המתאימים
היתרה הנוכחית בחשבון החיסכון שלך \$ _____	<input type="checkbox"/> מניות <input type="checkbox"/> אגרות חוב <input type="checkbox"/> 401K <input type="checkbox"/> חשבונות חיסכון לבריאות <input type="checkbox"/> נכסים בנאמנות <input type="checkbox"/> נדל"ן (מלבד בית המגורים) <input type="checkbox"/> עסק

מידע נוסף

צרף דף נוסף אם יש עוד משהו שהיית רוצה שנדע על מצבך הכלכלי הנוכחי, כגון מצוקה כספית, הכנסות עונתיות או זמניות או מוות של קרוב משפחה.

הסכמת המטופל

אני מבין שבתהליך קביעת הזכאות לסיוע כספי או לפריסת תשלומים, ייתכן ש-Providence Health & Services תנסה לאמת מידע על ידי בדיקת פרטי אשראי והשגת מידע ממקורות אחרים.

אני מאשר שהמידע הנ"ל אמיתי ונכון, למיטב ידיעתי. אני מבין שאם המידע שאני מוסר יתגלה כשקר, התוצאה תהיה שלא יינתן לי סיוע כספי והאחריות לתשלום תמורת השירותים שניתנו תהיה עליי.

תאריך _____

חתימת מגיש הבקשה _____