

Jótekonysági ellátási/pénzügyi támogatási kérelem

Tisztelt Páciensünk, kedves család!

Intézményünk küldetésével és alapvető értékeivel összhangban elköteleztük magunkat amellyel, hogy az embereknek fizetési képességüktől függetlenül nyújtsunk egészségügyi ellátást.

Jótekonysági ellátás/pénzügyi támogatás intézményünkben:

Előfordulhat, hogy nehéz kifizetni az egészségügyi számlákat. Azok a páciensek, akik nem tudják a nekik nyújtott egészségügyi ellátás díját részben vagy egészben megfizetni, ennek az űrlapnak a kitöltésével és visszaküldésével igényelhetnek pénzügyi támogatást. Azok a páciensek és családok, akik bizonyos jövedelmi követelményeknek megfelelnek, családjuk mérete és jövedelme alapján akkor is ingyenes vagy kedvezményes ellátásra válhatnak jogosulttá, ha van biztosításuk.

Kérjük, pénzügyi támogatási szabályzatunk és a támogatás sávos mértékére vonatkozó útmutatónk megtekintéséhez látogasson el az annak az államnak megfelelő internetes oldalra, ahol Ön tartózkodik:

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

Mit fedez a pénzügyi támogatás? A pénzügyi támogatás azokat az orvosiilag szükséges szolgáltatásokat fedezi, amelyeket valamely intézményünk nyújt az Ön alkalmasságától függően. Előfordulhat, hogy a pénzügyi támogatás nem fedezi az egészségügyi ellátás minden költségét, például a más szervezetek által nyújtott szolgáltatásokat.

Amennyiben kérdése van, vagy segítségre van szüksége a jelentkezés kitöltéséhez: Internetes oldalunkon vagy telefonon is elérhető pénzügyi támogatási szabályzatunk, a programokról szóló tájékoztatás és a jelentkezéshez szükséges anyagok. Bármilyen okból kaphat segítséget, beleértve azt is, ha fogyatékkal él, vagy nyelvi segítségre van szüksége. Itt láthatja, hogyan veheti fel velünk a kapcsolatot:

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

Ügyfélszolgálati képviselőink ezeken a számokon érhetők el: 503-215-3030 vagy 866-747-2455 hétfőtől péntekig 8.00 és 20.00 között

Annak érdekében, hogy jelentkezését feldolgozhassuk, Önnek a következőket kell megadnia:

- Adatok a családjáról**
Töltse ki, hány családtag él Önnel egy háztartásban (a családtagok közé azok az együtt élő emberek tartoznak, akiket születési, házassági vagy örökbefogadási kötelék fűz össze).
- Adatok a családjá bruttó havi jövedelméről** (adózás és levonások előtti jövedelem)
- Vagyonnyilatkozat** (a pénzügyi támogatásért benyújtott jelentkezési lapon felsoroltak szerint)
- Szükség szerint mellékeljen további adatokat**
- Írja alá, és keltezza a pénzügyi támogatási igénylőlapot**

****A jövedelmek forrását igazolni kell****

Kérjük, kérelmével együtt nyújtsa be a következő iratokat is:

- 3 havi munkabér-kimutatást;
- minden családtag legutóbb beadott adóbevallását;
- a pénzügyi támogatásért benyújtott jelentkezési lapon felsoroltak szerint gondoskodjon minden más jövedelemforrás igazolásáról is.

Megjegyzés: Amikor pénzügyi támogatást igényel, nem kötelező megadnia társadalombiztosítási számát. Ha mégis megadja társadalombiztosítási számát, az segít abban, hogy igénylését gyorsabban feldolgozzuk. A társadalombiztosítási számot arra használjuk, hogy ellenőrizzük a hozzánk benyújtott adatokat. Ha nincs társadalombiztosítási száma, kérjük, használja a „nincs adat” vagy „NA” jelölést.

A kitöltött igénylést minden irattal együtt küldje a következő címre (egy másolati példány mindenképpen maradjon Önnél):

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



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

Ha a kitöltött igénylést személyesen szeretné leadni: Vigye a legközelebbi kórház pénztárába.

A hiánytalanul összeállított, a jövedelemre vonatkozó dokumentumokat is tartalmazó pénzügyi támogatási igénylés beérkezésétől számított 14 naptári napon belül értesítjük a jogosultság végső megállapításáról és adott esetben a fellebbezési jogokról.

Azzal, hogy benyújtja a pénzügyi támogatási igénylést, Ön beleegyezik abba, hogy a pénzügyi kötelezettségekkel és adatokkal kapcsolatban a szükséges ellenőrzést elvégezzük.

**Segíteni szeretnénk. Kérjük, mielőbb adja le igénylését!
Számlák addig is érkezhetnek, amíg az adatai beérnek hozzánk.**

Jótekonysági ellátásra/pénzügyi támogatásra vonatkozó igénylőlap – bizalmas

Kérjük, hiánytalanul töltsé ki. Ha az adott mező Önre nem vonatkozik, az „NA” jelölést írja be. Szükség szerint mellékeljen további lapokat.

SZÚRŐKÉRDÉSEK

Szüksége van-e tolmácsra? Igen Nem Ha igen, adja meg a kívánt nyelvet:

Nyújtott-e be a páciens Medicaid-igénylést? Igen Nem Szükség lehet Medicaid igénylésére, mielőtt a pénzügyi támogatás megítélhető lenne.

Részesül-e a páciens olyan államilag finanszírozott ellátásban, mint a TANF, a Basic Food vagy a WIC? Igen Nem

Jelenleg hajléktalan-e a páciens? Igen Nem

A páciens orvosi ellátásra irányuló igénye autóbalesettel vagy munkahelyi sérüléssel kapcsolatos? Igen Nem

KÉRJÜK, NE FELEDJE:

- Nem tudjuk garantálni, hogy az igénylés benyújtásával Ön jogosult lesz pénzügyi támogatásra.
- Amikor beküldi igénylését, ellenőrizni tudunk minden adatot, és további információkat vagy jövedelemigazolást kérhetünk.
- A kitöltött igénylőlap és a dokumentumok beérkezésétől számított 14 naptári napon belül értesítjük Önt arról, hogy jogosult-e a támogatásra.

PÁCIENS ÉS IGÉNYLŐ ADATAI

Páciens utóneve	Páciens második utóneve		Páciens vezetéckneve
<input type="checkbox"/> Férfi <input type="checkbox"/> Nő <input type="checkbox"/> Egyéb (éspedig: _____)	Születési dátum		Társadalombiztosítási szám (Social Security Number) (nem kötelező*) <i>*Nem kötelező, de az állami törvények előírásait meghaladó összegű támogatáshoz szükséges.</i>
A számlák kifizetéséért felelős személy	Milyen kapcsolatban áll a pácienssel?	Születési dátum	Társadalombiztosítási szám (nem kötelező*) <i>*Nem kötelező, de az állami törvények előírásait meghaladó összegű támogatáshoz szükséges.</i>
Levelezési cím _____ _____ város állam irányítószám			Elsődleges telefonszám(ok) a kapcsolattartáshoz () _____ () _____ E-mail-cím: _____
A számlák kifizetéséért felelős személy munkaügyi státusza <input type="checkbox"/> Alkalmazott (munkaviszony kezdete: _____) <input type="checkbox"/> Munkanélküli (mióta munkanélküli: _____) <input type="checkbox"/> Önfoglalkoztató <input type="checkbox"/> Tanuló <input type="checkbox"/> Rokkant <input type="checkbox"/> Nyugdíjas <input type="checkbox"/> Egyéb (_____)			

CSALÁDI ADATOK

Sorolja fel az Önnel egy háztartásban élő családtagokat, Önt is beleértve. „Családtagok” közé azok az együtt élő emberek tartoznak, akiket születési, házassági vagy örökbefogadási kötelék fűz össze.

CSALÁD MÉRETE

Szükség szerint mellékeljen további lapot.

Név	Születési dátum	Milyen kapcsolatban áll a pácienssel?	Ha 18 éves vagy idősebb: Munkáltató(k) neve vagy a jövedelem forrása	Ha 18 éves vagy idősebb: Összes havi bruttó jövedelem (adózás előtt):	Pénzügyi támogatást is igényel?
					Igen/Nem
					Igen/Nem
					Igen/Nem
					Igen/Nem

Minden felnőtt családtag jövedelmét meg kell adni. Jövedelemforrásnak számít például:

- Munkabér - Álláskeresési járadék - Önfoglalkoztatás - Táppénz - Rokkantság - SSI - Gyermektartás, tartásdíj
- FWS diákmunkaprogram - Nyugdíj - Nyugdíjszámla járadéka - Egyéb (éspedig: _____)

Jótekonysági ellátásra/pénzügyi támogatásra vonatkozó igénylőlap – bizalmas

JÖVEDELMI ADATOK

NE FELEDJE: Igényléséhez mellékelnie kell a jövedelem igazolását.

Meg kell adnia családjá jövedelmi adatait. A pénzügyi támogatás megítéléséhez szükség van a jövedelem igazolására. Minden 18 éves vagy idősebb családtag jövedelmét fel kell tüntetni. Ha nem tudja iratokkal alátámasztani, írásos, aláírt nyilatkozatot is benyújthat jövedelméről. Kérjük, minden megadott jövedelemforrást igazoljon.

Az igazolás lehet például:

- W-2 adóügyi nyilatkozat; vagy
- jelenlegi munkabér-kimutatás (3 hónapra); vagy
- tavalyi jövedelemadó-bevallás melléklapokkal együtt, ha vannak; vagy
- munkáltató vagy más személy írásban adott, aláírt nyilatkozata; vagy
- Medicaid- és/vagy állami egészségügyi támogatási jogosultság jóváhagyása/elutasítása; vagy
- Álláskeresési járadék igénylésének jóváhagyása/elutasítása.

Amennyiben Önnek nincs igazolása jövedelméről, vagy nincs jövedelme, kérjük, külön lapon mellékelje ennek magyarázatát.

KIADÁSOKRA VONATKOZÓ ADATOK

Ezeket az adatokat arra használjuk, hogy teljesebb képet kapjunk az Ön pénzügyi helyzetéről.

Háztartás havi kiadásai:

Bérleti díj/jelzálogtörlesztés _____ USD	Orvosi kiadások _____ USD
Biztosítási díjak _____ USD	Közüzemi számlák _____ USD
Egyéb adósság/kiadás _____ USD	(gyermektartás, kölcsönök, gyógyszerek, egyéb)

VAGYONRA VONATKOZÓ ADATOK

Ezek az adatok akkor használhatók fel, ha az Ön jövedelme a szövetségi szegénységi iránymutatás (Federal Poverty Guidelines) értékének 200%-át meghaladja.

Folyószámla jelenlegi egyenlege _____ USD	Rendelkezik-e családja az alábbi vagyontárgyakkal? Kérjük, minden Önre vonatkozót jelöljön meg.
Megtakarítási számla jelenlegi egyenlege _____ USD	<input type="checkbox"/> Részvények <input type="checkbox"/> Kötvények <input type="checkbox"/> 401K megtakarítás
	<input type="checkbox"/> Egészségpénztári megtakarítás <input type="checkbox"/> Alap(ok)
	<input type="checkbox"/> Ingatlan (elsődleges tartózkodási helyen kívül) <input type="checkbox"/> Saját vállalkozás

KIEGÉSZÍTŐ INFORMÁCIÓK

Kérjük, amennyiben jelenlegi pénzügyi helyzetével kapcsolatban más információt – például pénzügyi nehézségekről, időszakos vagy ideiglenes jövedelemről, személyes veszteségről – is meg kíván adni, mellékeljen egy további lapot.

PÁCIENS NYILATKOZATA

Elfogadom, hogy a Providence Health & Services ellenőrizheti az adatokat a hitelinformációk megtekintésével, illetve úgy, hogy más forrásból szerez információt, miközben annak eldöntését segíti elő, hogy fennáll-e a jogosultság a pénzügyi támogatásra vagy a részletfizetésre.

Kijelentem, hogy a fenti adatok legjobb tudomásom szerint igazak és pontosak. Elfogadom, hogy amennyiben az általam megadott adatok hamisnak bizonyulnak, az a pénzügyi támogatás megtagadását eredményezi, a felelősség az enyém, és én fizetem meg a nyújtott szolgáltatásokat.

Igénylő személy aláírása

Kelt