

Richiesta di assistenza sanitaria caritatevole/finanziaria

Gentile paziente e gentile famiglia:

Nel rispetto della nostra missione e dei nostri valori fondamentali, sottolineiamo il nostro impegno nel fornire assistenza sanitaria alle persone, a prescindere dalla loro condizione finanziaria.

La nostra assistenza sanitaria caritatevole/finanziaria:

Il pagamento delle spese mediche può costituire un problema. I pazienti che non riescono a pagare in tutto o in parte i servizi di assistenza sanitaria ricevuti possono richiedere l'assistenza finanziaria mediante la compilazione e l'invio del presente modulo. I pazienti e i familiari rispondenti a determinati requisiti di reddito possono avere diritto all'assistenza gratuita o a tariffa ridotta in base alle dimensioni del nucleo familiare e al livello di reddito, anche se dispongono di copertura assicurativa sanitaria.

Per esaminare la nostra politica di assistenza finanziaria e le nostre linee guida di variabilità, faccia riferimento al sito web dello Stato di residenza:

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

Cosa copre l'assistenza finanziaria? L'assistenza finanziaria copre i servizi medici necessari forniti da uno dei nostri istituti, a seconda dell'idoneità del soggetto. L'assistenza finanziaria potrebbe non coprire tutte le spese sanitarie, tra cui i servizi forniti da altri enti.

In caso di dubbi sulla compilazione del presente modulo di domanda: Le nostre politiche di assistenza finanziaria, le informazioni sui programmi e i materiali per la presentazione delle domande sono disponibili sul nostro sito web o possono essere richiesti telefonicamente. È possibile ricevere assistenza per qualsiasi motivo, ad esempio per disabilità o problemi linguistici. I nostri contatti:

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

Rappresentanti del servizio clienti al numero: 503-215-3030 o 866-747-2455, dal lunedì al venerdì, dalle 8 alle 20

Per consentire la registrazione della domanda, deve fornire:

- Informazioni sul nucleo familiare**
Indichi il numero dei componenti del nucleo familiare (il nucleo familiare comprende persone legate da rapporto di nascita, matrimonio o adozione che abitano insieme)
- Informazioni sul reddito mensile lordo del nucleo familiare** (reddito al lordo di tasse e deduzioni)
- Informazioni sul patrimonio** (riportate sul modulo di domanda per l'assistenza finanziaria)
- Informazioni aggiuntive, se necessarie**
- Modulo di assistenza finanziaria firmato e datato**

****È richiesto l'accertamento delle fonti di reddito****

Alleggi al modulo di domanda copie dei seguenti documenti:

- 3 buste paga mensili
- Recente dichiarazione dei redditi valida per tutti i componenti del nucleo familiare
- Attestati che comprovino eventuali altre fonti di reddito come indicato sul modulo di domanda per l'assistenza finanziaria

Nota: non è essenziale fornire un numero di previdenza sociale per richiedere l'assistenza finanziaria. L'indicazione del numero di previdenza sociale contribuisce ad accelerare la pratica della sua domanda. I numeri di previdenza sociale servono a verificare le informazioni che ci ha fornito. Se non dispone di un numero di previdenza sociale, inserisca la dicitura "non applicabile" o "N/A".

Invi la domanda compilata comprensiva della documentazione richiesta a (conservi una copia per sé):

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

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

Per presentare di persona la domanda compilata: Si rechi allo sportello di cassa dell'ospedale della sua zona.

Le comunicheremo l'esito della verifica di idoneità e il diritto di appello, se applicabile, entro 14 giorni di calendario dalla ricezione di una domanda di assistenza finanziaria completa, comprensiva della documentazione relativa al reddito.

Con la presentazione della domanda di assistenza finanziaria, ci autorizza a effettuare le indagini necessarie per verificare i suoi obblighi finanziari e le altre informazioni.

**Desideriamo aiutarla. Presenti subito la sua domanda!
Finché non avremo i suoi dati potrebbe ricevere bollettini per il
pagamento delle spese mediche.**

Modulo di domanda di assistenza sanitaria caritatevole/finanziaria – riservato

Compili il modulo in tutte le sue parti. Se non applicabile, scriva "N/A". Se necessario, alleggi ulteriori pagine.

INFORMAZIONI DI SCREENING

Ha bisogno di un interprete? Sì No Se Sì, indichi la lingua desiderata:

Il paziente partecipa al programma Medicaid? Sì No Può essere richiesta la partecipazione per poter essere idonei all'assistenza finanziaria

Il paziente riceve servizi pubblici statali, quali TANF, Basic Food o WIC? Sì No

Il paziente è attualmente senza dimora? Sì No

La necessità di assistenza medica del paziente è correlata a un incidente automobilistico o a un infortunio sul lavoro? Sì No

NOTA BENE

- Non possiamo garantire la sua idoneità alla ricezione dell'assistenza finanziaria, nonostante la sua domanda.
- Una volta inviata la domanda, potremmo verificare tutte le informazioni e richiederle informazioni aggiuntive o un attestato che comprovi il suo reddito.
- Entro 14 giorni di calendario dalla ricezione della domanda e della documentazione complete in tutte le parti, le comunicheremo la sua eventuale idoneità all'assistenza.

INFORMAZIONI SU PAZIENTE E RICHIEDENTE

Nome del paziente		Secondo nome del paziente		Cognome del paziente	
<input type="checkbox"/> Uomo <input type="checkbox"/> Donna <input type="checkbox"/> Altro (può specificare _____)		Data di nascita		Numero di previdenza sociale (facoltativo*) <i>*facoltativo, ma necessario per un'assistenza più generosa oltre i requisiti di legge statali</i>	
Responsabile del pagamento delle spese		Rapporto con il paziente	Data di nascita	Numero di previdenza sociale (facoltativo*) <i>*facoltativo, ma necessario per un'assistenza più generosa oltre i requisiti di legge statali</i>	
Indirizzo postale				Numero/i di telefono principale/i () _____ () _____	
Città	Stato	Codice postale		Indirizzo e-mail: _____	
Condizione di occupazione della persona responsabile del pagamento delle spese					
<input type="checkbox"/> Occupato (data di assunzione: _____) <input type="checkbox"/> Disoccupato (da quanto tempo: _____) <input type="checkbox"/> Lavoratore autonomo <input type="checkbox"/> Studente <input type="checkbox"/> Disabile <input type="checkbox"/> In pensione <input type="checkbox"/> Altro (_____)					

STATO DI FAMIGLIA

Elenchi i componenti del nucleo familiare, compreso se stesso. Il "nucleo familiare" comprende persone legate da rapporto di nascita, matrimonio o adozione che abitano insieme.

NUMERO DI COMPONENTI _____

Alleggi un'altra pagina, se necessario

Nome	Data di nascita	Rapporto con il paziente	Se maggiorenne (18 anni e oltre): Nome del datore di lavoro o fonte di reddito	Se maggiorenne (18 anni e oltre): Reddito lordo mensile totale (al lordo delle tasse):	Richiede anche l'assistenza finanziaria?
					Sì / No
					Sì / No
					Sì / No
					Sì / No

Indichi il reddito di tutti i componenti adulti del nucleo familiare. Le fonti di reddito possono includere, ad esempio:

- Salario - Disoccupazione - Lavoro autonomo - Indennità per infortunio sul lavoro - Disabilità - Reddito previdenziale supplementare (SSI)
- Assegno di mantenimento figlio/coniuge - Programmi di lavoro parascolastico (studenti) - Pensione - Distribuzioni da piano pensionistico
- Altro (*specifichi* _____)

Modulo di domanda di assistenza sanitaria caritatevole/finanziaria – riservato

INFORMAZIONI SUL REDDITO

IMPORTANTE: è necessario allegare alla domanda un attestato che comprovi il reddito.

È necessario fornire informazioni sul reddito del nucleo familiare. La verifica del reddito è necessaria per stabilire il tipo di assistenza finanziaria.

Tutti i componenti maggiorenni (18 anni e oltre) del nucleo familiare devono dichiarare il proprio reddito. Se non è in grado di fornire la documentazione, può presentare una dichiarazione scritta firmata contenente l'indicazione del suo reddito. Fornisca un attestato che comprovi ciascuna fonte di reddito indicata.

Esempi di attestati che comprovano il reddito:

- Dichiarazione di applicazione di ritenuta "W-2"; o
- Buste paga recenti (3 mesi); o
- Ultima dichiarazione dei redditi, con allegati se applicabili; o
- Dichiarazioni scritte e firmate rilasciate da datori di lavoro o altri soggetti; o
- Approvazione/diniego di idoneità al programma Medicaid e/o all'assistenza medica finanziata dallo stato; o
- Approvazione/diniego di idoneità al sussidio di disoccupazione.

Se non dispone di attestati che comprovano l'esistenza o l'assenza di reddito, alleghi una pagina aggiuntiva contenente una spiegazione.

INFORMAZIONI SULLE SPESE

Queste informazioni ci consentono di ottenere un quadro completo della sua situazione finanziaria.

Spese familiari mensili:

Affitto/mutuo _____ \$	Spese mediche _____ \$
Premi assicurativi _____ \$	Utenze _____ \$
Altri debiti/spese _____ \$	(mantenimento dei figli, prestiti, farmaci, altro)

INFORMAZIONI SUL PATRIMONIO

Queste informazioni possono essere considerate qualora il suo reddito sia superiore al 200% delle linee guida federali sulla povertà.

Attuale saldo del conto corrente _____ \$	Il suo nucleo familiare possiede altro patrimonio? Spunti tutte le caselle applicabili <input type="checkbox"/> Azioni <input type="checkbox"/> Obbligazioni <input type="checkbox"/> Piano 401K <input type="checkbox"/> Conto/i di risparmio sanitario <input type="checkbox"/> Conto/i fiduciario/fiduciari <input type="checkbox"/> Immobili (esclusa prima abitazione) <input type="checkbox"/> Attività aziendale
Attuale saldo del conto di risparmio _____ \$	
_____ \$	

INFORMAZIONI SUPPLEMENTARI

Alleghi una pagina aggiuntiva se dispone di ulteriori informazioni sulla sua attuale situazione finanziaria che desidera comunicarci riguardo, ad esempio, a difficoltà finanziarie, redditi stagionali o temporanei o perdite personali.

ACCORDO DEL PAZIENTE

Sono consapevole che Providence Health & Services può verificare queste informazioni mediante l'esame delle informazioni sui crediti e ottenere ulteriori dati da altre fonti al fine di determinare l'idoneità all'assistenza finanziaria o ai piani di pagamento.

Dichiaro che le informazioni sopra fornite sono veritiere e corrette per quanto di mia conoscenza. Qualora le informazioni da me fornite risultino essere false, sono consapevole che l'esito della domanda sarà il diniego dell'assistenza finanziaria e che dovrò risponderne con obbligo di rimborso dei servizi erogati.

Firma della persona richiedente

Data