

Wniosek o opiekę charytatywną / pomoc finansową

Drodzy Pacjenci oraz Członkowie Rodzin!

Zgodnie z naszą misją i kluczowymi wartościami zapewniamy opiekę zdrowotną pacjentom bez względu na ich zdolność płatniczą.

Nasza opieka charytatywna / pomoc finansowa:

Rachunki medyczne mogą być trudne do opłacenia. Pacjenci, którzy nie mogą zapłacić za wszystkie lub część usług opieki zdrowotnej, mogą ubiegać się o pomoc finansową poprzez wypełnienie i zwrócenie tego formularza. Pacjenci oraz rodziny spełniające określone wymagania dotyczące dochodu mogą być uprawnieni do bezpłatnej opieki lub opieki po obniżonej cenie w oparciu o wielkość rodziny oraz dochód, nawet w przypadku posiadania ubezpieczenia zdrowotnego.

Aby przejrzeć naszą politykę pomocy finansowej oraz wytyczne dotyczące przesuwanej skali, należy przejść na stronę internetową zamieszkiwanego stanu:

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

Co obejmuje pomoc finansowa? Pomoc finansowa obejmuje usługi niezbędne ze względów medycznych świadczone przez nasze służby, na podstawie uprawnień pacjenta. Pomoc finansowa może nie obejmować wszystkich kosztów opieki zdrowotnej, włączając usługi świadczone przez inne organizacje.

W przypadku pytań lub konieczności uzyskania pomocy w wypełnianiu tego wniosku: Nasze zasady dotyczące pomocy finansowej, informacje dotyczące programów oraz materiały na temat wniosku są dostępne na naszej stronie internetowej lub telefonicznie. Pomoc można uzyskać z dowolnego powodu, włączając pomoc dla osób niepełnosprawnych oraz usługi tłumaczeniowe. Kontakt z nami:

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

Przedstawiciele działu obsługi klienta pod nr: 503-215-3030 lub 866-747-2455 od poniedziałku do piątku, od 8:00 do 20:00

Aby wniosek mógł zostać rozpatrzony, należy dostarczyć:

- Informacje na temat rodziny**
Podać liczbę członków rodziny w gospodarstwie domowym (rodzina obejmuje osoby spokrewnione poprzez urodzenie, małżeństwo lub adopcję, mieszkające wspólnie)
- Informacje na temat miesięcznego dochodu brutto rodziny** (dochodu przed opodatkowaniem i potrąceniami)
- Deklarację środków materialnych** (jak wymieniono na formularzu wniosku o pomoc finansową)
- W razie konieczności dołączyć dodatkowe informacje**
- Podpisać i umieścić datę na formularzu pomocy finansowej**

****Wymagana weryfikacja źródła dochodu****

Wraz z wnioskiem należy przesłać kopie następujących dokumentów:

- Odcinki wypłaty za 3 miesiące zatrudnienia
- Ostatnio złożone zeznanie podatkowe za wszystkich członków rodziny
- Należy przedstawić dowód innych źródeł dochodu, wymienionych na formularzu wniosku o pomoc finansową

Uwaga! Podanie numeru ubezpieczenia społecznego w celu ubiegania się o pomoc finansową nie jest konieczne.

Podanie numeru ubezpieczenia społecznego przyspieszy rozpatrzenie wniosku. Numery ubezpieczenia społecznego są stosowane w celu weryfikacji podanych informacji. W przypadku braku numeru ubezpieczenia społecznego należy zaznaczyć „nie dotyczy” lub „ND.”.

Należy przesłać wypełniony wniosek oraz całą dokumentację pocztą (zachować kopię dla własnych potrzeb):

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

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

Aby złożyć wypełniony wniosek osobiście: Należy złożyć go w biurze płatniczym najbliższego szpitala

Powiadomimy o ostatecznym rozstrzygnięciu w sprawie uprawnienia oraz prawie do odwołania, jeśli ma zastosowanie, w ciągu 14 dni kalendarzowych od otrzymania wypełnionego wniosku o pomoc finansową, włączając dokumentację o dochodzie.

Złożenie wniosku o pomoc finansową oznacza udzielenie zgody na dokonanie niezbędnych zapytań w celu potwierdzenia zobowiązań i informacji finansowych.

**Chcemy pomóc. Prosimy o niezwłoczne złożenie wniosku!
Mogą Państwo otrzymywać rachunki do momentu otrzymania przez nas informacji.**

Formularz wniosku o opiekę charytatywną / pomoc finansową – poufny

Prosimy o wypełnienie wszystkich informacji. Jeśli jakaś kwestia nie dotyczy, wpisać „ND.”. Dołączyć w razie konieczności dodatkowe strony.

INFORMACJE SELEKCYJNE

Czy potrzebuje Pan(i) tłumacza? Tak Nie Jeśli tak, podać preferowany język:

Czy pacjent ubiegał się o Medicaid? Tak Nie Złożenie wniosku może być wymagane przed rozpatrzeniem pod kątem pomocy finansowej

Czy pacjent korzysta ze stanowych usług publicznych, takich jak TANF, Basic Food lub WIC? Tak Nie

Czy pacjent jest obecnie bezdomny? Tak Nie

Czy potrzeba opieki medycznej pacjenta jest związana z wypadkiem samochodowym lub obrażeniem w pracy? Tak Nie

UWAGA

- Nie możemy zagwarantować zakwalifikowania się do pomocy finansowej nawet w przypadku złożenia wniosku.
- Po przesłaniu wniosku możemy sprawdzić wszystkie informacje i poprosić o dodatkowe informacje lub dowód dochodu.
- W ciągu 14 dni kalendarzowych po otrzymaniu wypełnionego wniosku i dokumentacji powiadomimy o zakwalifikowaniu się do pomocy.

INFORMACJE DOT. PACJENTA I WNIOSKODAWCY

Pierwsze imię pacjenta	Drugie imię pacjenta		Nazwisko pacjenta
<input type="checkbox"/> Mężczyzna <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Inne (można określić _____)	Data urodzenia		Numer ubezpieczenia społecznego (opcjonalnie*) <i>* opcjonalnie, jednak niezbędny w celu zapewnienia szerszego zakresu pomocy zgodnie z wymaganiami prawa stanowego</i>
Osoba odpowiedzialna za opłacenie rachunku	Pokrewieństwo / powiązanie z pacjentem	Data urodzenia	Numer ubezpieczenia społecznego (opcjonalnie*) <i>* opcjonalnie, jednak niezbędny w celu zapewnienia szerszego zakresu pomocy zgodnie z wymaganiami prawa stanowego</i>
Adres pocztowy			Główny/-e numer(y) kontaktowy/-e () _____ () _____ Adres e-mail: _____
Miasto	Stan	Kod pocztowy	
Status zatrudnienia osoby odpowiedzialnej za opłacenie rachunku <input type="checkbox"/> Zatrudniony/-a (data zatrudnienia: _____) <input type="checkbox"/> Bezrobotny/-a (jak długo niezatrudniony/-a: _____) <input type="checkbox"/> Własna działalność <input type="checkbox"/> Student <input type="checkbox"/> Osoba niepełnosprawna <input type="checkbox"/> Emeryt <input type="checkbox"/> Inne (_____)			

INFORMACJE DOT. RODZINY

Wymienić członków rodziny w gospodarstwie, włączając wnioskodawcę. „Rodzina” obejmuje osoby spokrewnione przez urodzenie, małżeństwo lub adopcję, które mieszkają wspólnie.

WIELKOŚĆ RODZINY

Dołączyć dodatkowe strony w razie konieczności

Nazwisko	Data urodzenia	Relacja z pacjentem	W przypadku osób powyżej 18 roku życia: nazwa pracodawcy/-ów lub źródło dochodu	W przypadku osób powyżej 18 roku życia: łączny miesięczny dochód brutto (przed opodatkowaniem):	Czy ubiega się Pan(i) również o pomoc finansową?
					Tak / Nie
					Tak / Nie
					Tak / Nie
					Tak / Nie

Należy ujawnić dochód wszystkich dorosłych członków rodziny. Źródła dochodu obejmują na przykład:

- Wynagrodzenie - Zasiłek z tytułu bezrobocia - Własną działalność - Odszkodowanie pracownicze - Zasiłek z tytułu niepełnosprawności
- Ubezpieczenie społeczne - Alimenty - Programy praktyk studenckich (uczniowie) - Rentę - Składki na konta emerytalne
- Inne (proszę wyjaśnić _____)

Formularz wniosku o opiekę charytatywną / pomoc finansową – poufny

INFORMACJE DOT. DOCHODU

WAŻNE: Należy dołączyć dowód dochodu do wniosku.

Należy podać informacje dotyczące dochodu rodziny. W celu określenia pomocy finansowej niezbędna jest weryfikacja dochodu.

Wszyscy członkowie rodziny powyżej 18 roku życia muszą ujawnić swój dochód. W przypadku braku możliwości dostarczenia dokumentacji można przesać pisemne, podpisane oświadczenie opisujące dochód. Należy przedstawić dowód każdego wskazanego źródła dochodu.

Przykłady dowodu dochodu obejmują:

- Oświadczenie o opodatkowaniu u źródła „W-2”; lub
- Bieżący odcinek wypłaty (3 miesiące); lub
- Zwrot podatku dochodowego z ubiegłego roku, włączając harmonogram, jeśli ma zastosowanie; lub
- Pisemne, podpisane oświadczenia od pracodawców lub innych osób; lub
- Zatwierdzenie/odmowa kwalifikacji do Medicaid i/lub finansowanej przez stan pomocy finansowej; lub
- Zatwierdzenie/odmowa kwalifikacji do odszkodowania z tytułu bezrobocia.

W przypadku braku dowodu dochodu lub braku dochodu należy dołączyć dodatkową stronę z wyjaśnieniem.

INFORMACJE DOT. WYDATKÓW

Korzystamy z tych informacji w celu uzyskania bardziej pełnego obrazu sytuacji finansowej.

Miesięczne wydatki gospodarstwa domowego:

Wynajem/hipoteka	\$ _____	Wydatki medyczne	\$ _____
Premie ubezpieczenia	\$ _____	Media	\$ _____
Inne długi/wydatki	\$ _____	(alimenty, pożyczki, lekarstwa, inne)	

INFORMACJE O ŚRODKACH FINANSOWYCH

Informacje te mogą zostać użyte, jeśli dochód przekracza 200% federalnego progu ubóstwa.

Bieżące saldo konta czekowego

\$ _____

Bieżące saldo konta oszczędnościowego

\$ _____

Czy rodzina posiada te inne zasoby?

Zaznaczyć wszystkie odnośne opcje

Akcje Obligacje 401K Konta oszczędnościowe na wydatki zdrowotne

Majątek/-ki powierniczy/-e

Nieruchomość (z wyłączeniem głównego miejsca zamieszkania) Własna firma

INFORMACJE DODATKOWE

Prosimy dołączyć dodatkową stronę w przypadku istnienia innych informacji o bieżącej sytuacji finansowej, które powinniśmy znać, takiej jak trudności finansowe, dochód sezonowy lub tymczasowy lub osobistą stratę.

UMOWA Z PACJENTEM

Rozumiem, że Providence Health & Services może weryfikować informacje poprzez przeglądanie informacji kredytowych i uzyskanie informacji z innych źródeł jako pomoc w określeniu uprawnienia do pomocy finansowej lub planów płatności.

Potwierdzam, że powyższe informacje są prawdziwe i prawidłowe zgodnie z moim stanem wiedzy. Rozumiem, że w przypadku uznania podanych informacji za fałszywe wynikiem będzie odmowa pomocy finansowej i będę ponosić odpowiedzialność za opłacenie uzyskanych świadczeń.

Podpis wnioskodawcy

Data