

Pedido para Cuidado beneficente/Assistência financeira

Caro Doente e Família:

Para respeitar a nossa missão e valores fundamentais, estamos empenhados em fornecer cuidados de saúde às pessoas, quer estas possam ou não pagar.

O nosso Cuidado beneficente/Assistência financeira:

Por vezes, as despesas médicas são difíceis de pagar. Os doentes que não possam pagar todo ou parte do seu tratamento médico podem candidatar-se a assistência financeira, preenchendo e devolvendo este formulário. Os doentes e as famílias que cumpram determinados requisitos de rendimento poderão qualificar-se para receber cuidados gratuitos ou a um preço reduzido com base no tamanho e no rendimento da sua família, mesmo que tenham seguro de saúde.

Para consultar a nossa política de assistência financeira e as diretrizes de escala móvel, visite o site do seu Estado de residência:

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

O que é que a assistência financeira cobre? A assistência financeira cobre serviços de assistência médica necessários que sejam fornecidos por um dos nossos departamentos, dependendo da sua elegibilidade. A assistência financeira pode não cobrir todas as despesas dos cuidados de saúde, incluindo serviços fornecidos por outras organizações.

Se tiver dúvidas ou necessitar de ajuda para preencher esta candidatura: As nossas políticas de assistência financeira, as informações sobre os programas e os materiais de candidatura estão disponíveis no nosso site ou por telefone. Pode pedir ajuda por qualquer motivo, incluindo incapacidade/invalidade e assistência linguística. Pode contactar-nos das seguintes formas:

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

Representantes do Serviço de apoio a clientes: Contacte-nos através do número 503-215-3030 ou 866-747-2455, de segunda a sexta-feira das 8h00 às 20h00

Para que a sua candidatura seja processada, terá de fornecer:

- Informações sobre a sua família**
Indique o número de membros da sua família (a família inclui as pessoas relacionadas entre si por nascimento, casamento ou adoção, que vivem na mesma casa)
- Informações sobre o rendimento mensal bruto da sua família** (rendimento antes dos impostos e deduções)
- Declaração de bens** (conforme indicado no formulário de candidatura a assistência financeira)
- Anexar informações adicionais, se necessário**
- Assinar e datar o formulário de assistência financeira**

****É necessário verificar a fonte de rendimentos****

Envie, com a sua candidatura, cópias dos seguintes documentos:

- 3 meses de recibos de vencimento
- Declaração de impostos mais recente de todos os membros da família
- Forneça provas de outras fontes de rendimento, como indicado no formulário de candidatura a assistência financeira

Nota: Não é necessário fornecer o seu Número de Segurança Social para se candidatar a assistência financeira. Se nos fornecer o seu número de Segurança Social, irá acelerar o processamento da sua candidatura. Os números de Segurança Social são utilizados para verificar as informações que nos são fornecidas. Se não tem um número de Segurança Social, assinala a opção “não aplicável” ou “NA”

Envie a candidatura preenchida com toda a documentação para (certifique-se de que guarda uma cópia de toda a documentação enviada):

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

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



Para entregar a sua candidatura preenchida pessoalmente: Entregue-a no Balcão de Tesouraria do hospital mais próximo.

Será informado da decisão final sobre a elegibilidade e direitos de recurso, se aplicável, dentro de 14 dias úteis a partir da data em que recebermos a candidatura a assistência financeira preenchida, incluindo a documentação de rendimentos.

Ao enviar uma candidatura a assistência financeira, autoriza-nos a fazer as investigações necessárias para confirmar os seus encargos e informações financeiras.

**Queremos ajudar. Envie a sua candidatura o mais depressa possível!
Poderá receber notas de cobrança de serviços/faturas até
recebermos as suas informações.**

Formulário de candidatura para cuidados beneficentes/Assistência financeira – confidencial

Preencha completamente todas as informações. Se algo não se aplicar, escreva “NA”. Anexe páginas adicionais, se necessário.

INFORMAÇÃO DE SELEÇÃO

Precisa de um intérprete? **Sim** **Não** *Se sim, indique o idioma preferencial:*

O doente candidatou-se ao Medicaid? **Sim** **Não** *Poderá ser necessário candidatar-se para a sua candidatura ser considerada para assistência financeira*

O doente recebe assistência fornecida por serviços públicos do Estado como, por exemplo, do TANF (Assistência temporária para famílias em necessidade), Basic Food (Produtos alimentares básicos) ou WIC (Programa de assistência a mulheres, crianças e bebés)? **Sim** **Não**

O doente está desalojado? **Sim** **Não**

Os cuidados médicos de que o doente necessita estão relacionados com um acidente de viação ou acidente de trabalho? **Sim** **Não**

TENHA EM ATENÇÃO:

- Não podemos garantir que cumpre todos os requisitos para receber assistência financeira, mesmo que se candidate à mesma.
- Depois de enviar a sua candidatura, iremos verificar todas as informações e é possível que lhe sejam pedidas informações adicionais e provas de rendimentos.
- Será informado, dentro de 14 dias úteis a partir da data em que recebermos a candidatura e documentos, se cumpre ou não os requisitos para receber assistência.

INFORMAÇÕES DO DOENTE E CANDIDATO

| | | |
|---|---------------------------------|---|
| Nome próprio do doente | Nome do meio do doente | Apelido do doente |
| <input type="checkbox"/> Sexo masculino <input type="checkbox"/> Sexo feminino <input type="checkbox"/> Outro (pode especificar _____) | Data de nascimento | Número de Segurança Social (opcional*) <i>*opcional, mas necessário para um tipo de assistência mais abrangente acima dos requisitos da lei estadual</i> |
| Pessoa responsável pelo pagamento dos serviços | Grau de parentesco com o doente | Data de nascimento |
| | | Número de Segurança Social (opcional*) <i>*opcional, mas necessário para um tipo de assistência mais abrangente acima dos requisitos da lei estadual</i> |
| Morada | | Números de contacto principais () _____ () _____ |
| Cidade _____ Estado _____ Código Postal _____ | | Endereço de e-mail: _____ |
| Situação de emprego da pessoa responsável pelo pagamento dos serviços | | |
| <input type="checkbox"/> Empregado (data da contratação: _____) <input type="checkbox"/> Desempregado (há quanto tempo: _____) <input type="checkbox"/> Empregado por conta própria <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Com deficiência <input type="checkbox"/> Reformado <input type="checkbox"/> Outro (_____) | | |

INFORMAÇÕES SOBRE A FAMÍLIA

Indique os nomes dos membros da família, incluindo o seu. A “família” inclui pessoas relacionadas entre si por nascimento, casamento ou adoção, que vivem na mesma casa.

TAMANHO DA FAMÍLIA _____

Anexe páginas adicionais, se necessário.

| Nome | Data de nascimento | Grau de parentesco com o doente | Se tiver 18 anos ou mais: Nome do empregador ou fonte de rendimento | Se tiver 18 anos ou mais: Rendimento mensal bruto da família (antes dos impostos): | Também está a candidatar-se a assistência financeira? |
|------|--------------------|---------------------------------|---|--|---|
| | | | | | Sim / Não |
| | | | | | Sim / Não |
| | | | | | Sim / Não |
| | | | | | Sim / Não |

Têm de ser fornecidas todas as informações de rendimento de todos os adultos da família. As fontes de rendimento incluem, por exemplo:

- Salário - Subsídio de desemprego - Trabalho por conta própria - Indemnização - Subsídio de incapacidade
- Rendimento da Segurança Social - Pensão de alimentos - Programas de trabalho e estudo (estudantes) - Pensão
- Compensações de pensão de reforma - Outro (*Explique* _____)

Formulário de candidatura para cuidados beneficentes/Assistência financeira – confidencial

INFORMAÇÕES SOBRE RENDIMENTOS

LEMBRE-SE: Tem de incluir provas de rendimentos com a sua candidatura.

Tem de fornecer informações sobre os rendimentos do seu agregado familiar. É necessário verificar os rendimentos para determinar a assistência que vai receber.

Se tiver 18 anos ou mais, terá de divulgar os seus rendimentos. Se não for possível fornecer as provas de rendimentos, pode enviar uma declaração por escrito e assinada a descrever os seus rendimentos. Forneça provas de todas as fontes de rendimento identificadas.

Os exemplos de provas de rendimento incluem:

- Uma declaração de retenção, modelo «W-2»; ou
- Recibos de vencimento (dos últimos 3 meses); ou
- A declaração de impostos do último ano, incluindo impressos adicionais; ou
- Declarações por escrito e assinadas pela entidade empregadora ou outros; ou
- Elegibilidade aprovada/recusada para o programa Medicaid e/ou assistência médica financiada pelo Estado; ou
- Elegibilidade aprovada/recusada para subsídio de desemprego.

Se não tiver provas de rendimentos ou não tiver rendimentos, junte uma página adicional com uma explicação.

INFORMAÇÕES DE DESPESAS

Utilizamos esta informação para podemos ter uma perspetiva mais abrangente da sua situação financeira.

Despesas mensais da família:

| | | | |
|-------------------------|----------|---|----------|
| Renda/hipoteca | \$ _____ | Despesas médicas | \$ _____ |
| Prémios de seguro | \$ _____ | Serviços públicos | \$ _____ |
| Outras dívidas/Despesas | \$ _____ | <i>(pensão de alimentos, empréstimos, medicamentos, outros)</i> | |

INFORMAÇÕES DE BENS

Esta informação pode ser utilizada se os seus rendimentos forem superiores a 200% das Federal Poverty Guidelines (Diretrizes de Pobreza Federais).

Verificação do saldo das contas atual
\$ _____

Saldo das contas poupança atual
\$ _____

A sua família tem outro tipo de bens?

Assinale as opções que se aplicarem

Ações Obrigações Plano 401K Conta(s) poupança para despesas médicas

Fundos(s) Propriedades (exceto a residência principal) Negócio próprio

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Anexe uma página adicional se existirem outras informações sobre a sua situação financeira atual que gostaria de partilhar connosco como, por exemplo, dificuldades financeiras, rendimentos sazonais ou temporários ou perdas pessoais.

ACORDO DO DOENTE

Compreendo que o Providence Health & Services pode verificar informações ao consultar as informações de crédito e obter informações de outras fontes para ajudar a determinar a minha elegibilidade para assistência financeira ou planos de pagamento.

Afirmo que as informações acima são verdadeiras e estão corretas tanto quanto é do meu conhecimento. Compreendo que se for determinado que a informação por mim fornecida é falsa, isso resultará na recusa de assistência financeira e que serei responsabilizado pelo pagamento dos serviços prestados.

Assinatura do candidato

Data