

คำร้องขอรับความช่วยเหลือด้านสังคมสงเคราะห์/ความช่วยเหลือด้านการเงิน

เรียนท่านผู้ป่วยและครอบครัว:

เพื่อรักษาภารกิจและค่านิยมหลักของเรา เรามุ่งมั่นที่จะให้การบริการด้านสุขภาพสำหรับทุกคน โดยไม่คำนึงถึงความสามารถในการชำระเงินของพวกเขา

การให้บริการด้านสังคมสงเคราะห์/ความช่วยเหลือด้านการเงินของเรา:

ใบเสร็จค่ารักษาพยาบาลอาจเป็นภาระหนักที่ต้องจ่าย ผู้ป่วยที่ไม่สามารถจ่ายเงินสำหรับบริการด้านสุขภาพทั้งหมดหรือบางส่วนของตน

สามารถยื่นคำร้องขอรับความช่วยเหลือทางการเงินโดยการกรอกและส่งแบบฟอร์มนี้

ผู้ป่วยและครอบครัวที่ตรงกับข้อกำหนดด้านรายได้มีสิทธิ์ได้รับการดูแลรักษาฟรีหรือในราคาที่ลดลง ขึ้นอยู่กับขนาดของครอบครัวและรายได้ แม้ว่าคุณจะมีประกันสุขภาพ

หากต้องการดูนโยบายความช่วยเหลือทางการเงินและแนวทางการลดค่ารักษาพยาบาลของเรา โปรดเข้าชมเว็บไซต์ของรัฐต่อไปนี้:

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

ความช่วยเหลือทางการเงินครอบคลุมถึงอะไรบ้าง ความช่วยเหลือทางการเงินครอบคลุมบริการด้านการแพทย์ที่จำเป็นจากศูนย์บริการแห่งหนึ่งของเรา ซึ่งขึ้นอยู่กับสิทธิ์ของคุณ

ความช่วยเหลือทางการเงินไม่ครอบคลุมค่าใช้จ่ายในการบริการด้านสุขภาพทั้งหมด รวมถึงบริการต่างๆ ที่ได้รับจากองค์กรอื่น

ถ้าคุณมีคำถามหรือต้องการความช่วยเหลือในการกรอกคำร้องนี้: นโยบายความช่วยเหลือทางการเงินของเรา ข้อมูลเกี่ยวกับโครงการ และเอกสารประกอบคำร้องต่างๆ

มีให้บริการบนเว็บไซต์ของเรา หรือทางโทรศัพท์ คุณสามารถขอรับความช่วยเหลือไม่ว่าด้วยสาเหตุใดๆ ซึ่งรวมถึงความทุพพลภาพและความช่วยเหลือด้านภาษา นี่ก็วิธีคิดต่อเรา:

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

ติดต่อตัวแทนฝ่ายบริการลูกค้าที่หมายเลข: 503-215-3030 หรือ 866-747-2455 วันจันทร์ - วันศุกร์ เวลา 8:00 น. ถึง 20:00 น.

เพื่อให้คำร้องของคุณได้รับการดำเนินการ คุณต้องยื่น:

- ข้อมูลเกี่ยวกับครอบครัวของคุณ
กรอกจำนวนสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่ในบ้านของคุณ (ถ้าว่าครอบครัวรวมถึงผู้ที่มีความสัมพันธ์ทางกำเนิด การแต่งงาน หรือการรับเลี้ยงดู ซึ่งอาศัยอยู่ด้วยกัน)
- ข้อมูลเกี่ยวกับรายได้รวมต่อเดือนของครอบครัวคุณ (รายได้ก่อนหักภาษีและค่าลดหย่อนต่างๆ)
- การเปิดเผยทรัพย์สิน (ดังรายการในแบบฟอร์มคำร้องขอรับความช่วยเหลือทางการเงิน)
- ใส่ข้อมูลเพิ่มเติมหากจำเป็น
- ลงนามและระบุวันที่ในแบบฟอร์มคำร้องขอรับความช่วยเหลือทางการเงิน

****ต้องทำการยืนยันแหล่งที่มาของรายได้****

โปรดส่งสำเนาเอกสารต่อไปนี้พร้อมคำร้องของคุณ:

- ใบรับรองการจ่ายเงินค่าจ้างในช่วง 3 เดือนล่าสุด
- การคืนภาษีครั้งล่าสุดสำหรับสมาชิกทุกคนในครอบครัว
- โปรดแสดงหลักฐานแหล่งที่มาของรายได้ ดังรายการบนแบบฟอร์มคำร้องขอรับความช่วยเหลือทางการเงิน

หมายเหตุ: คุณไม่จำเป็นต้องให้หมายเลขประกันสังคมในคำร้องขอรับความช่วยเหลือทางการเงิน ถ้าคุณให้หมายเลขประกันสังคมกับเรา

จะช่วยให้การดำเนินการคำร้องของคุณให้เร็วขึ้น หมายเลขประกันสังคมใช้เพื่อยืนยันข้อมูลที่คุณให้ไว้กับเรา ถ้าคุณไม่มีหมายเลขประกันสังคม โปรดระบุว่า “ไม่มี”

ส่งคำร้องที่สมบูรณ์พร้อมเอกสารทั้งหมดมาที่(อย่าลืมเก็บสำเนาไว้กับตัวหนึ่งฉบับ):

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

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

หากต้องการส่งคำร้องที่สมบูรณ์ของคุณด้วยตนเอง: ให้นำไปยังสำนักงานการเงินของโรงพยาบาลที่อยู่ใกล้คุณมากที่สุด

เราจะแจ้งคุณเกี่ยวกับผลการพิจารณาขั้นสุดท้ายเรื่องกรณีสิทธิ์และสิทธิ์ในการขึ้นอุทธรณ์หากมี ภายใน **14** วันปฏิทินนับจากได้รับคำร้องขอรับความช่วยเหลือทางการเงินที่สมบูรณ์ พร้อมด้วยเอกสารแสดงรายได้

ด้วยการส่งคำร้องขอรับความช่วยเหลือทางการเงิน คุณอนุญาตให้เราทำการสอบถามที่จำเป็นเพื่อยืนยันภาระทางการเงินและข้อมูลต่างๆ

เราต้องการช่วยเหลือ โปรดส่งคำร้องของคุณโดยเร็วที่สุด!
คุณอาจยังได้รับใบเรียกเก็บเงินจนกว่าเราจะได้รับข้อมูลของคุณ

แบบฟอร์มคำร้องขอรับความช่วยเหลือด้านสังคมสงเคราะห์/ความช่วยเหลือด้านการเงิน – ฉบับ

โปรดกรอกข้อมูลทั้งหมดให้สมบูรณ์ ถ้าไม่มีข้อมูล ให้เขียนว่า “ไม่มี” ใส่หน้าเพิ่มเติมหากจำเป็น

ข้อมูลการคัดกรอง

คุณต้องการคำปรึกษาหรือไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ ถ้าใช่ ระบุภาษาที่ต้องการ:
ผู้ช่วยเคยยื่นคำร้องสำหรับ Medicaid หรือไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่ อาจต้องยื่นคำร้องก่อนที่จะได้รับการพิจารณาเพื่อรับความช่วยเหลือทางการเงิน
ผู้ช่วยได้รับการบริการสาธารณะต่างๆ ของรัฐ เช่น TANF, Basic Food, หรือ WIC หรือไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
ขณะนี้ผู้ช่วยเป็นคนไร้บ้านหรือไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่
ความต้องการบริการด้านสุขภาพของผู้ป่วยเกี่ยวข้องกับอุบัติเหตุรถยนต์หรือการบาดเจ็บจากงานที่ทำหรือไม่ <input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่

โปรดทราบว่า

- เราไม่สามารถรับรองได้ว่าคุณจะมีคุณสมบัติในการรับความช่วยเหลือทางการเงิน แม้ว่าเราจะยื่นคำร้องไป
- เมื่อคุณส่งคำร้องของคุณแล้ว เราอาจตรวจสอบข้อมูลทั้งหมดและอาจขอข้อมูลหรือหลักฐานแสดงรายได้เพิ่มเติม
- ภายใน 14 วันปฏิทินนับจากได้รับคำร้องที่สมบูรณ์และเอกสารประกอบของคุณ เราจะแจ้งให้ทราบว่า คุณมีคุณสมบัติได้รับความช่วยเหลือหรือไม่

ข้อมูลผู้ป่วยและผู้ยื่นคำร้อง

ชื่อของผู้ป่วย	ชื่อกลางของผู้ป่วย	นามสกุลของผู้ป่วย
<input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง <input type="checkbox"/> อื่นๆ (โปรดระบุ _____)	วันเกิด	หมายเลขประกันสังคม (ไม่บังคับ*) <small>*ไม่บังคับให้ใส่ แต่ต้องใช้เพื่อรับความช่วยเหลือที่มากกว่าที่กฎหมายของรัฐกำหนด</small>
ผู้ที่รับผิดชอบในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล	ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	วันเกิด
ที่อยู่ _____ _____ _____		หมายเลขประกันสังคม (ไม่บังคับ*) <small>*ไม่บังคับให้ใส่ แต่ต้องใช้เพื่อรับความช่วยเหลือที่มากกว่าที่กฎหมายของรัฐกำหนด</small>
เมือง _____ รัฐ _____ รหัสไปรษณีย์ _____		หมายเลขติดต่อหลัก () _____ () _____ ที่อยู่อีเมล: _____
สถานะการจ้างงานของผู้ที่รับผิดชอบในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล <input type="checkbox"/> มีการจ้างงาน (วันที่ได้รับว่าจ้าง: _____) <input type="checkbox"/> ไม่มีการจ้างงาน (ระยะเวลาที่ไม่มีการทำงาน: _____) <input type="checkbox"/> อาชีพอิสระ <input type="checkbox"/> นักเรียน <input type="checkbox"/> ผู้ทุพพลภาพ <input type="checkbox"/> เกษียณอายุ <input type="checkbox"/> อื่นๆ (_____)		

ข้อมูลครอบครัว

ระบุสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่ในบ้านของคุณ รวมทั้งตัวคุณด้วย คำว่า “ครอบครัว” รวมถึงผู้ที่มีความสัมพันธ์ทางกำเนิด การแต่งงาน หรือการรับเลี้ยงดู ซึ่งอาศัยอยู่ด้วยกัน

ขนาดครอบครัว _____ ใส่หน้าเพิ่มเติมหากจำเป็น

ชื่อ	วันเกิด	ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	ถ้ามีอายุ 18 ปีขึ้นไป ชื่อผู้จ้างหรือแหล่งที่มาของรายได้	ถ้ามีอายุ 18 ปีขึ้นไป รายได้รวมต่อเดือน (ก่อนหักภาษี):	ยื่นคำร้องขอรับความช่วยเหลือ ทางการเงินด้วยหรือไม่
					ใช่ / ไม่ใช่
					ใช่ / ไม่ใช่
					ใช่ / ไม่ใช่
					ใช่ / ไม่ใช่

จะต้องเปิดเผยรายได้ของสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ใหญ่ทุกคน แหล่งที่มาของรายได้รวมถึงตัวอย่างดังต่อไปนี้:

- ค่าจ้าง - เงินชดเชยการว่างงาน - รายได้อิสระ - ค่าทดแทนการทำงาน - ค่าทุพพลภาพ - SSI - เงินสนับสนุนบุตร/คู่สมรส - โครงการเรียนและทำงาน (นักเรียน)

- บำนาญ - เงินจัดสรรผู้เกษียณอายุ - อื่นๆ (โปรดระบุ _____)

แบบฟอร์มคำร้องขอรับความช่วยเหลือด้านสังคมสงเคราะห์/ความช่วยเหลือด้านการเงิน – ฉบับ

ข้อมูลรายได้

โปรดจำไว้ว่า: คุณต้องส่งหลักฐานแสดงรายได้ของคุณพร้อมคำร้องด้วย

คุณต้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับรายได้ของครอบครัวคุณด้วย ต้องทำการยืนยันรายได้เพื่อพิจารณาขอรับความช่วยเหลือทางการเงิน

จะต้องเปิดเผยรายได้ของสมาชิกในครอบครัวทุกคนที่มีอายุ **18** ปีขึ้นไป ถ้าคุณไม่สามารถแสดงเอกสารประกอบ คุณสามารถส่งใบรับรองที่อธิบายรายได้ของคุณพร้อมลงนาม

โปรดแสดงหลักฐานสำหรับแหล่งที่มาของรายได้ทุกรายการที่ระบุ

ตัวอย่างหลักฐานแสดงรายได้ เช่น:

- ใบรับรองการหักภาษี ณ ที่จ่าย “W-2” หรือ
- ใบรับรองการจ่ายเงินค่าจ้างในปัจจุบัน (3 เดือนล่าสุด) หรือ
- การคืนภาษีเงินได้ของปีที่แล้ว รวมทั้งกำหนดการต่างๆ หากมี หรือ
- ใบรับรองที่เขียนและลงนามโดยผู้ว่าจ้างหรือบุคคลอื่น หรือ
- การอนุมัติ/ปฏิเสธการมีสิทธิ์สำหรับ Medicaid และ/หรือความช่วยเหลือทางการเงินของรัฐที่รัฐให้เงินสนับสนุน หรือ
- การอนุมัติ/ปฏิเสธการมีสิทธิ์สำหรับค่าชดเชยการว่างงาน

ถ้าคุณไม่มีหลักฐานแสดงการมีรายได้หรือไม่มีรายได้ โปรดใส่หน้าเพิ่มเติมพร้อมคำอธิบาย

ข้อมูลค่าใช้จ่าย

เราใช้ข้อมูลนี้เพื่อให้ได้ภาพที่สมบูรณ์ยิ่งขึ้นเกี่ยวกับสถานะทางการเงินของคุณ

ค่าใช้จ่ายในบ้านต่อเดือน:

ค่าเช่า/ผ่อนชำระที่อยู่อาศัย _____ ดอลลาร์สหรัฐฯ ค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ _____ ดอลลาร์สหรัฐฯ

ค่าเบี้ยประกันภัย _____ ดอลลาร์สหรัฐฯ ค่าสาธารณูปโภค _____ ดอลลาร์สหรัฐฯ

หนี้/ค่าใช้จ่ายอื่นๆ _____ ดอลลาร์สหรัฐฯ (เงินค่าเลี้ยงดูบุตร, เงินกู้, ค่ารักษาโรค, อื่นๆ)

ข้อมูลทรัพย์สิน

ข้อมูลนี้อาจนำมาใช้หากรายได้ของคุณเกิน 200% ของแนวทางด้านความยากจนของรัฐบาลกลาง

ขอลบบัญชีในในปัจจุบัน _____ ดอลลาร์สหรัฐฯ ครอบครัวยังมีทรัพย์สินอื่นใด ดังต่อไปนี้หรือไม่

โปรดเลือกทุกข้อที่ใช่

ขอลบบัญชีอสังหาริมทรัพย์ในปัจจุบัน _____ ดอลลาร์สหรัฐฯ หุ้น พันธบัตร บัญชี 401K บัญชีเงินฝากออมทรัพย์ด้านสุขภาพ ทรัสต์

อสังหาริมทรัพย์ (ไม่นับรวมที่อยู่อาศัยหลัก) เป็นเจ้าของธุรกิจ

ข้อมูลเพิ่มเติม

โปรดใส่หน้าเพิ่มเติมถ้ามีข้อมูลอื่นๆ เกี่ยวกับสถานะทางการเงินปัจจุบันของคุณ ซึ่งต้องการแจ้งให้เราทราบ เช่น ความยากลำบากทางการเงิน รายได้ชั่วคราวหรือตามฤดูกาล หรือการสูญเสียรายได้ส่วนบุคคล

ข้อตกลงสำหรับผู้ป่วย

ข้าพเจ้าตกลงว่า Providence Health & Services สามารถขึ้นชั้นข้อมูลโดยการตรวจสอบข้อมูลเครดิตและหาข้อมูลจากแหล่งอื่นๆ

เพื่อช่วยในการพิจารณาการมีสิทธิ์รับความช่วยเหลือทางการเงินหรือแผนการชำระหนี้

ข้าพเจ้ายืนยันว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงและถูกต้องที่สุดเท่าที่ข้าพเจ้าทราบ ข้าพเจ้าเข้าใจว่าหากข้อมูลที่ข้าพเจ้าให้ไว้เป็นเท็จ ผลคือการถูกปฏิเสธจากความช่วยเหลือทางการเงิน และข้าพเจ้าจะต้องรับผิดชอบในการชำระค่าบริการต่างๆ ที่ได้รับ

ลายเซ็นของผู้ยื่นคำร้อง _____

วันที่ _____