



Istruzioni di carità cura/finanziarie assistenza Application Form

Questa è una domanda di assistenza finanziaria (nota anche come assistenza di beneficenza) presso Providence.

Leggi statali e federali richiede tutti gli ospedali di fornire assistenza finanziaria per persone e famiglie che soddisfano determinati requisiti di reddito. Si può beneficiare gratuitamente cura o prezzo ridotto la cura basata sul formato della famiglia e reddito, anche se si dispone di assicurazione sanitaria. Per visualizzare la nostra politica di assistenza finanziaria e far scorrere la scala orientamenti, si prega di andare a risiedere stato sito da

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

Che cosa copre l'assistenza finanziaria? L'assistenza medica e finanziaria copre cure medicalmente necessarie ospedaliere fornita da uno dei nostri ospedali dipendendo dalla tua idoneità. Assistenza finanziaria non può coprire tutte le spese sanitarie, compresi i servizi forniti da altre organizzazioni.

Se avete domande o bisogno di aiuto per completare questa applicazione: Le nostre politiche di assistenza finanziaria, informazioni circa i programmi e i materiali di applicazione sono disponibili sul nostro sito o via telefono. È possibile ottenere aiuto per qualsiasi motivo, tra cui disabilità e assistenza in lingua. Tradurre documenti scritti disponibili su richiesta.

Ecco come contattarci: <https://www.providence.org/obp>

Rappresentanti del servizio clienti al: 1-855-229-6466

Lunedì-venerdì 8:00 a 17:00

In ordine per l'applicazione di elaborazione, è necessario:

- Ci forniscono informazioni sulla tua famiglia**
Inserisci il numero di membri della famiglia nella vostra famiglia (famiglia comprende persone correlate di nascita, matrimonio o adozione che vivono insieme)
- Fornirci informazioni su reddito mensile lordo della tua famiglia (reddito prima delle imposte e trattenute) per includere forme W-2, buste paga, dichiarazioni fiscali, previdenziali awards lettere, ecc.**
(vedere assistenza finanziaria applicazione reddito sezione per ulteriori esempi)
- Fornisce la documentazione per reddito familiare e dichiarare beni**
- Allegare informazioni aggiuntive, se necessario**
- Firmare e datare il modulo di assistenza finanziaria**

Nota: Non è necessario fornire un numero di previdenza sociale per richiedere assistenza finanziaria. Se ci fornirete il vostro numero di previdenza sociale essa vi aiuterà a velocizzare l'elaborazione dell'applicazione. Numeri di previdenza sociale vengono utilizzati per verificare le informazioni fornite a noi. Se non avete un numero di previdenza sociale, si prega di indicare "non pertinente" o "na".

Mail o fax completata applicazione con tutta la documentazione: Providence Regional Business Office, P.O. Box 3299 Portland, OR 97208-3395. Essere sicuri di tenere una copia per te.

A presentare la domanda completa a persona: Prendere per l'ufficio del cassiere ospedale più vicino

Vi informeremo della determinazione finale dei diritti di ammissibilità e di ricorso, se del caso, entro 14 giorni dalla ricezione di un'applicazione completa assistenza finanziaria, inclusa la documentazione di reddito.



Presentando una domanda di assistenza finanziaria, si dà il consenso per noi le indagini necessarie per confermare le informazioni e gli obblighi finanziari.

Vogliamo aiutare. Si prega di inviare tempestivamente l'applicazione! Puoi ricevere le bollette fino a quando non riceviamo le informazioni.

Modulo di richiesta assistenza cura/Financial carità – riservata

Si prega di compilare completamente tutte le informazioni. Se non si applica, scrivere "na". Se necessario, allegare ulteriori pagine.

INFORMAZIONI DI SCREENING

Avete bisogno di un interprete? Sì No Se sì, elenco lingua preferita:

Il paziente ha applicato per Medicaid? Sì No

Il paziente riceve servizi pubblici dello stato come TANF, alimento di base o WIC? Sì No

Il paziente è attualmente senza fissa dimora? Sì No

È bisogno di cure mediche del paziente legate ad una ferita di incidente o di lavoro auto? Sì No

NOTARE CHE

- Non possiamo garantire che si qualificano per l'assistenza finanziaria, anche se si applica.
- Una volta che si invia nell'applicazione, si possono controllare tutte le informazioni e può chiedere ulteriori informazioni o prova di reddito.
- Entro 14 giorni dopo che riceviamo il domanda compilata e la documentazione, ti informeremo se vi qualificate per l'assistenza.

INFORMAZIONI PAZIENTE E RICORRENTE

Nome del paziente		Secondo nome del paziente		Cognome del paziente	
<input type="checkbox"/> Maschio <input type="checkbox"/> Femmina <input type="checkbox"/> Altro (può specificare _____)		Data di nascita		Paziente numero di previdenza sociale (opzionale*) <i>* facoltativo, ma necessario per la più generosa assistenza sopra dichiarano i requisiti di legge</i>	
Persona responsabile del pagamento di Bill		Relazione con il paziente	Data di nascita	Paziente numero di previdenza sociale (opzionale*) <i>* facoltativo, ma necessario per la più generosa assistenza sopra dichiarano i requisiti di legge</i>	
Indirizzo di posta				Numero di contatti principali (i) () _____ () _____ Indirizzo email: _____	
Città		Stato		Cap	

Posizione lavorativa della persona responsabile del pagamento fattura

- Autonomo** (data di noleggio: _____) **Disoccupati** (quanto tempo disoccupati: _____)
 Lavoratore autonomo **Alunno** **Disabilitato** **Pensionato** **Altro** (_____)

INFORMAZIONI SULLA FAMIGLIA

Membri della famiglia elenco nella vostra famiglia, voi compresi. "Famiglia" include persone correlate di nascita, matrimonio o adozione che vivono insieme.

DIMENSIONE DELLA FAMIGLIA _____

Allegare una pagina aggiuntiva se necessario

Nome	Data di Nascita	Relazione con il paziente	Se 18 anni o più vecchi: nome del datore di lavoro o fonte di reddito	Se 18 anni o più vecchi: Totale reddito lordo mensile (prima delle imposte):	Anche l'applicazione per l'assistenza finanziaria?
					Sì / No
					Sì / No

Reddito di tutti i membri adulti di famiglia dovrà essere comunicato. Fonti di reddito includono, ad esempio:

- Salari - Disoccupazione - Lavora Autonomo - Compensazione del lavoratore - Invalidità - SSI - Supporto bambino/sponsale
- Programmi di studio del lavoro (studenti) - Pensione - Distribuzioni dei conti di pensionamento
- Altro (spiega per favore _____)



Modulo di richiesta assistenza cura/Financial carità – riservata

INFORMAZIONI SUL REDDITO

Ricordate: È necessario includere la prova di reddito con l'applicazione.

È necessario fornire informazioni sul reddito della tua famiglia. Per determinare l'assistenza finanziaria è necessaria la verifica del reddito.

Tutti i membri della famiglia 18 anni o più vecchi devono divulgare il loro reddito. Se non è possibile fornire documentazione, si può presentare una dichiarazione scritta firmata che descrivono il vostro reddito. Si prega di fornire prova per ogni identificate fonte di reddito. Esempi di prova di reddito:

- Una dichiarazione di sostituto d'imposta "W-2"; o
- Corrente pagare Stub (3 mesi); o
- Redditi dell'anno scorso, comprese le tabelle se applicabile; o
- Scritti, dichiarazioni firmate da datori di lavoro o altri; o
- Approvazione/rifiuto di ammissibilità per Medicaid e/o assistenza medica statale; o
- Approvazione/rifiuto di ammissibilità per indennità di disoccupazione.

Se si dispone di nessuna prova di reddito o senza reddito, si prega di allegare una pagina aggiuntiva con una spiegazione.

INFORMAZIONI SULLE SPESE

Utilizziamo queste informazioni per ottenere un quadro più completo della vostra situazione finanziaria.

Spese Familiari Mensili:

Affitto/mutuo \$ _____ Spese mediche \$ _____
Premi assicurativi \$ _____ Utilità \$ _____
Altri Debiti/Spese \$ _____ (sostegno ai figli, prestiti, farmaci, altri)

INFORMAZIONI SULLE RISORCE

Queste informazioni possono essere utilizzate se il vostro reddito è superiore al 101% degli orientamenti povertà federale.

Saldo attuale del conto corrente \$ _____	La vostra famiglia ha queste altre attività? Si prega di controllare tutte le risposte pertinenti <input type="checkbox"/> Stocks <input type="checkbox"/> Obbligazioni Statali <input type="checkbox"/> 401K <input type="checkbox"/> Salute Savings Account(s) <input type="checkbox"/> Fiducia <input type="checkbox"/> Proprietà (escluse residenza primaria) <input type="checkbox"/> Possedere un business
Saldo attuale del conto di risparmio \$ _____	

INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

Si prega di allegare una pagina aggiuntiva se le altre informazioni sulla vostra attuale situazione finanziaria che si vorrebbero farci sapere, come una difficoltà finanziarie, le spese mediche eccessive, stagionale o reddito temporaneo, o perdita personale.

ACCORDO PAZIENTE

Capisco che providence possa verificare le informazioni esaminando le informazioni sul credito e ottenendo informazioni da altre fonti per aiutare a determinare l'idoneità all'assistenza finanziaria o ai piani di pagamento.

Affermo che le informazioni sopra sono veritiere e corrette al meglio delle mie conoscenze. Capisco se le informazioni finanziarie che vi do sono determinate a essere falsa, il risultato potrebbe essere la negazione dell'assistenza finanziaria, e possono essere responsabile e tenuti a pagare per i servizi forniti.

Firma del richiedente

Data