



C charity forme de pose de soins/Financial Assistance

Il s'agit d'une demande d'aide financière (également connu sous le nom des soins de la charité) à Providence.

Loi fédéral et d'État exige que tous les hôpitaux de fournir une aide financière aux personnes et aux familles qui satisfont à certaines exigences de revenu. Vous pourriez être admissible gratuitement soins ou tarif réduit selon votre taille de la famille et le revenu, même si vous avez une assurance santé. Pour afficher notre politique d'aide financière et faire glisser les lignes directrices échelle, s'il vous plaît aller à résidant site état de <https://www.providence.org/obp>.

Que couvre l'aide financière ? L'aide financière médicale couvre les soins hospitaliers médicalement nécessaires fournis par l'un de nos hôpitaux selon votre éligibilité. Aide financière ne peut pas couvrir tous les coûts de soins de santé, y compris les services fournis par d'autres organisations.

Si vous avez des questions ou besoin d'aide pour remplir cette demande : nos politiques d'aide financière, des informations sur les programmes et les documents de demande sont disponibles sur notre site Internet ou par téléphone. Vous pouvez obtenir l'aide pour une raison quelconque, y compris les personnes handicapées et assistance linguistique. Traduit des documents écrits disponibles sur demande. Voici comment nous:

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

Service à la clientèle au : 503-215-3030 ou 866-747-2455

Lundi au vendredi de 08:00 à 17:00

Afin que votre application à traiter, vous devez:

- Nous fournir des informations à propos de votre famille**
Renseignez le nombre de membres de la famille dans votre foyer (famille inclut les personnes liées par la naissance, de mariage ou d'adoption, qui vivent ensemble)
- Nous fournir des informations sur le revenu mensuel brut de votre famille (bénéfice avant impôts et déductions) pour y inclure les bordereaux de paie, les formes W-2, déclarations, lettres supérieures de sécurité sociale, etc.**
(voir la demande d'aide financière section « recettes » pour plus d'exemples)
- Fournir les documents pour le revenu familial et déclarer des biens**
- Joindre des informations supplémentaires si nécessaire**
- Signez et datez le formulaire d'aide financière**

Remarque : Vous n'avez pas à fournir un numéro de sécurité sociale pour demander une aide financière. Si vous nous fournissez votre numéro de sécurité sociale il va aider à accélérer le traitement de votre demande. Les numéros de sécurité sociale sont utilisés pour vérifier les informations qui nous sont fournies. Si vous n'avez pas de numéro de sécurité sociale, veuillez indiquer « sans objet » ou « NC ».

L'application mail terminé avec toute la documentation pour : Providence Regional Business Office, P.O. Box 3299 Portland, OR 97208-3395. N'oubliez pas de garder une copie pour vous-même.

Pour soumettre votre demande dûment remplie en personne : prendre à votre plus proche hôpital caissier bureau nous vous informerons de la décision définitive d'éligibilité et de droit d'appel, le cas échéant, dans

C charity forme de pose de soins/Financial Assistance

les 30 jours suivant la réception d'une demande d'aide financière complète, y compris la documentation du revenu. En soumettant une demande d'aide financière, vous donnez votre consentement pour nous de faire les investigations



nécessaires pour confirmer l'information et les obligations financières. Pour soumettre votre demande dûment remplie en personne : prendre à votre plus proche hôpital caissier bureau nous vous informerons de la décision définitive d'éligibilité et de droit d'appel, le cas échéant, dans les 30 jours suivant la réception d'une demande d'aide financière complète, y compris la documentation du revenu. En soumettant une demande d'aide financière, vous donnez votre consentement pour nous de faire les investigations nécessaires pour confirmer l'information et les obligations financières.

Nous voulons aider. Veuillez soumettre votre candidature sans tarder ! Vous pouvez recevoir des factures jusqu'à ce que nous recevons vos informations.



La charité soin/Financial Assistance formulaire de demande – confidentiel

Veuillez remplir toutes les informations complètement. Si elle ne s'applique pas, écrivez « NC ». Ajouter des pages supplémentaires si nécessaire.

| INFORMATIONS DE SÉLECTION | |
|--|--|
| Avez-vous besoin d'un interprète ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dans l'affirmative, liste langue préférée: | |
| Le patient a demandé à Medicaid? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |
| Le patient reçoit des services publics Etat comme TANF, ménagère ou WIC Le patient reçoit des services publics Etat comme TANF, ménagère ou WIC? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |
| Le patient est actuellement sans abri? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |
| Soins médicaux du patient est besoin de liées à une blessure d'accident ou de travaux de voiture? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |
| NOTEZ S'IL VOUS PLAÎT | |
| <ul style="list-style-type: none">• Nous ne pouvons pas garantir que vous aurez droit à une aide financière, même si vous appliquez.• Une fois que vous envoyez dans votre application, on peut vérifier toutes les informations et peut demander des informations supplémentaires ou une preuve de revenu.• Dans les 30 jours après réception de votre demande dûment remplie et documentation, nous vous indiquerons si vous êtes admissible à une aide. | |

| RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT ET LE CANDIDAT | | | |
|---|---|-------------------|---|
| Nom du patient | Patient middle Deuxième prénom du patient | | Nom du patient |
| Patient dernier na <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Autre (peut préciser _____) | Date de naissance | | Numéro de sécurité sociale du patient (facultatif *) * facultatif, mais nécessaire pour obtenir une assistance plus généreuse que les exigences de la loi en vigueur |
| Responsable du paiement de la facture | Relation avec le patient | Date de naissance | Numéro de sécurité sociale (facultatif *) * facultatif, mais nécessaire pour obtenir une assistance plus généreuse que les exigences de la loi en vigueur |
| Adresse mail _____ _____ | | | Numéro (s) de contact principal () _____ () _____ Adresse électronique : |
| Ville | Etat | Code postal | _____ |
| Statut d'emploi de la personne responsable du paiement de la facture <input type="checkbox"/> Employé (date d'embauche: _____) <input type="checkbox"/> Sans emploi (depuis combien de temps: _____) <input type="checkbox"/> Travailleur indépendant <input type="checkbox"/> Étudiant <input type="checkbox"/> désactivé <input type="checkbox"/> Retraité <input type="checkbox"/> Autre (_____) | | | |



La charité soin/Financial Assistance formulaire de demande – confidentiel

| INFORMATION FAMILIALE | | | | | |
|--|-------------------|--------------------------|--|---|--|
| Liste des membres de la famille dans votre ménage, y compris vous. La «famille» comprend les personnes liées par la naissance, le mariage ou l'adoption qui vivent ensemble. | | | | | |
| TAILLE DE LA FAMILLE _____ | | | Joindre une page supplémentaire si nécessaire | | |
| prénom | Date de naissance | Relation avec le patient | Si vous avez 18 ans ou plus: Nom de l'employeur ou source de revenu | Si vous avez 18 ans ou plus: Revenu mensuel brut total (avant impôts): | Vous demandez également une aide financière? |
| | | | | | Oui / Non |
| | | | | | Oui / Non |
| | | | | | Oui / Non |
| | | | | | Oui / Non |
| Tous les revenus des membres adultes de la famille doivent être divulgués. Les sources de revenus incluent, par exemple : | | | | | |
| - Salaires - Chômage - Travail indépendant - Indemnisation du travailleur - Invalidité - SSI - Pension alimentaire | | | | | |
| - Programmes d'études professionnelles (étudiants) - Pension - Distributions des comptes de retraite | | | | | |
| - Autres (veuillez expliquer _____) | | | | | |

| INFORMATION SUR LE REVENU |
|---|
| REMEMBER: <i>You must include proof of income with your application.</i> |
| Vous devez fournir des informations sur le revenu de votre famille. La vérification du revenu est nécessaire pour déterminer l'aide financière. |
| <u>Tous les membres de la famille âgés de 18 ans ou plus doivent divulguer leur revenu. Si vous ne pouvez pas fournir de documentation, vous pouvez soumettre une déclaration écrite signée décrivant votre revenu. Veuillez fournir une preuve pour chaque source de revenu identifiée.</u> |
| <u>Exemples de preuve de revenu:</u> |
| <ul style="list-style-type: none">• une déclaration de retenue «W-2»; ou• talons de paie actuels (3 mois); ou• La déclaration de revenus de l'année dernière, y compris les annexes, le cas échéant; ou• des déclarations écrites et signées d'employeurs ou d'autres personnes; ou• approbation / refus d'admissibilité à Medicaid et / ou à une assistance médicale financée par l'État; ou• Approbation / refus d'admissibilité à une indemnité de chômage. |
| Si vous n'avez aucune preuve de revenu ou sans revenu, veuillez joindre une page supplémentaire avec une explication. |

| INFORMATIONS SUR LES FRAIS | |
|--|---|
| <i>Nous utilisons ces informations pour obtenir une image plus complète de votre situation financière.</i> | |
| Frais de ménage mensuels: | |
| Loyer / hypothèque \$ _____ | Frais médicaux \$ _____ |
| Les primes d'assurance \$ _____ | Utilitaires \$ _____ |
| Autres dettes / dépenses \$ _____ | (pension alimentaire, prêts, médicaments, autres) |



La charité soin/Financial Assistance formulaire de demande – confidentiel

INFORMATIONS SUR L'ACTIF

Cette information peut être utilisée si votre revenu est supérieur à 101 % des lignes directrices fédérales sur la pauvreté.

Solde de compte courant

\$ _____

Solde du compte d'épargne

\$ _____

Votre famille a-t-elle ces autres biens?

Veillez cocher toutes les cases

Actions Obligations 401K Compte (s) d'épargne santé Fiducie (s)

Propriété (à l'exclusion de la résidence principale) Propriétaire d'une entreprise

INFORMATION ADDITIONNELLE

Veillez joindre une page supplémentaire s'il y a autres informations sur votre situation financière que vous souhaitez nous faire connaître, tels que les difficultés financières, dépenses médicales excessives, saisonnières ou temporaire du revenu ou perte personnelle.

ACCORD PATIENT

Je comprends que Providence peuvent vérifier les informations de révision des renseignements de crédit et obtenir de l'information provenant d'autres sources afin d'aider à déterminer l'admissibilité aux plans financiers d'aide ou de paiement.

J'affirme que les renseignements ci-dessus sont véridiques et exacts au meilleur de ma connaissance. Je comprends si l'information financière que je donne est déterminée à avoir la valeur fautive, le résultat peut être le refus de l'aide financière, et j'ai peut être responsable et s'attendre à payer pour les services fournis.

Signature de la personne qui demande

l' date