

चैरिटी केयर/वित्तीय सहायता आवेदन पत्र

यह वित्तीय सहायता के लिए एक आवेदन (भी चैरिटी केयर के रूप में जाना जाता है) प्रोविडेंस स्वास्थ्य और सेवाओं में है।

संघीय और राज्य के कानून की आवश्यकता है सभी अस्पतालों को वित्तीय सहायता प्रदान करने के लिए लोगों और परिवारों को जो कुछ आय आवश्यकताओं को पूरा करने के लिए। आप अपने परिवार के आकार और आय के आधार पर मुफ्त देखभाल या कम कीमत देखभाल के लिए अर्हता प्राप्त कर सकते हैं, भले ही आप स्वास्थ्य बीमा है। हमारी वित्तीय सहायता नीति और स्लाइड स्केल दिशानिर्देश देखने के लिए, कृपया <https://www.providence.org/obp>.

वित्तीय सहायता क्या कवर करती है? चिकित्सीय वित्तीय सहायता में हमारी एक अस्पताल द्वारा प्रदान की गई चिकित्सीय रूप से आवश्यक अस्पताल देखभाल को आपकी पात्रता के आधार पर शामिल किया जाता है। वित्तीय सहायता अंग संगठनों द्वारा प्रदान की गई सेवाओं सहित सभी स्वास्थ्य देखभाल लागतों को कवर नहीं कर सकती।

आप प्रश्न हैं या इस आवेदन को पूरा करने में मदद की जरूरत है: हमारे वित्तीय सहायता नीतियों, कार्यक्रमों के बारे में जानकारी, और आवेदन सामग्री हमारी वेबसाइट पर या फोन के माध्यम से उपलब्ध हैं। आप विकलांगता और भाषा सहायता सहित किसी भी कारण से मदद प्राप्त कर सकते हैं। लिखित अनुरोध पर उपलब्ध दस्तावेजों का अनुवाद। हमसे संपर्क करने का तरीका यहां है:

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

पर ग्राहक सेवा प्रतिनिधि: 503-215-3030 या 866-747-2455

सोमवार-शुक्रवार 8:00 बजे से 5:00 बजे तक

आपके आवेदन को संसाधित करने के लिए आदेश में, आप होना चाहिए:

- **अपने परिवार के बारे में हमें जानकारी प्रदान करें**
अपने घर में परिवार के सदस्यों की संख्या भरें (परिवार में जन्म, शादी, या गोद लेने के जो एक साथ रहने से संबंधित लोग शामिल हैं)
- **हमें अपने परिवार की सकल मासिक आय (करों और कटौती से पहले आय) के बारे में जानकारी प्रदान करने के लिए भुगतान stubs, W-2 फार्म, कर रिटर्न, सामाजिक सुरक्षा पुरस्कार पत्र, आदि शामिल**
(वित्तीय सहायता आवेदन आय अनुभाग अधिक उदाहरणों के लिए देखें)
- **परिवार की आय के लिए प्रलेखन प्रदान और संपत्ति की घोषणा**
- **यदि आवश्यक हो तो अतिरिक्त जानकारी अनुलग्न करें**
- **साइन इन करें और वित्तीय सहायता फार्म की तारीख**

नोट: आप वित्तीय सहायता के लिए आवेदन करने के लिए एक सामाजिक सुरक्षा नंबर प्रदान करने के लिए नहीं हैं। आप हमें अपने सामाजिक सुरक्षा नंबर के साथ प्रदान करते हैं तो यह आपके आवेदन के प्रसंस्करण की गति में मदद मिलेगी। सामाजिक सुरक्षा नंबरों के लिए हमें उपलब्ध कराई गई जानकारी सत्यापित करने के लिए उपयोग किया जाता है। यदि आपके पास सामाजिक सुरक्षा संख्या नहीं है, तो कृपया "लागू नहीं" या "ना" चिह्नित करें।



सभी फलेखन के साथ मेल पूरा आवेदन: Providence वित्तीय धियापार कार्यालय, पीओ बॉकथ्स ३२९९ पोर्टलैंड, या 97208-3395 ।
अपने लिए एक कॉपी जख रखें ।

व्यक्ति में अपना पूरा आवेदन प्रस्तुत करने के लिए: अपने निकटतम अस्पताल खजांची कार्यालय में ले लो

हम आपको पात्रता और अपील अधिकारों के अंतिम निर्धारण के बारे में सूचित करेंगे, यदि लागू हो, तो आय केमलेखन सहित एक पूर्ण वित्तीय सहायता आवेदन प्राप्त करने के 9 दिनों के भीतर ।

एक वित्तीय सहायता आवेदन जमा करके, आप हमें वित्तीय दायित्वों और जानकारी की पुष्टि करने के लिए आवश्यक जांच करने के लिए अपनी सहमति देते हैं ।

हम मदद करना चाहते हैं । कृपया अपने आवेदन तुरंत सबमिट करें! आप बिल प्राप्त जब तक हम
आपकी जानकारी प्राप्त कर सकते हैं ।



चैरिटी केयर/वित्तीय सहायता आवेदन फार्म-गोपनीय

कृपया पूरी जानकारी भरें। यदि यह लागू नहीं होता है, लिखें "NA." यदि आवश्यक हो तो अतिरिक्त पृष्ठ अनुलग्न करें।

स्क्रीनिंग सूचना		
क्या आप एक दुभाषिया की जरूरत है? <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं यदि हां, सूची पसंदीदा भाषा:		
क्या रोगी ने मेडिकेड के लिए आवेदन किया है? <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं		
क्या मरीज को ऐसे TANF, बुनियादी खाद्य, या WIC के रूप में राज्य सार्वजनिक सेवाएं प्राप्त? <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं		
वर्तमान में रोगी बेघर है? <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं		
एक कार दुर्घटना या काम चोट से संबंधित रोगी की चिकित्सा देखभाल की जरूरत है? <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं		
कृपया ध्यान दें		
<ul style="list-style-type: none">हम गारंटी नहीं दे सकते कि आप वित्तीय सहायता के लिए अर्हता प्राप्त करेंगे, भले ही आप आवेदन करें।एक बार जब आप अपने आवेदन में भेज, हम सभी जानकारी की जांच कर सकते हैं और अतिरिक्त जानकारी या आय का सबूत के लिए पूछ सकते हैं।30 दिनों के भीतर हम आपके पूर्ण आवेदन और प्रलेखन प्राप्त करने के बाद, हम आपको सूचित अगर आप सहायता के लिए अर्हता प्राप्त करेंगे।		
पेटेंट और आवेदन की जानकारी		
रोगी प्रथम नाम	रोगी मध्य नाम	रोगी अंतिम नाम
<input type="checkbox"/> नर <input type="checkbox"/> स्त्री <input type="checkbox"/> अन्य (_____ निर्दिष्ट कर सकते हैं)	जन्म तिथि	रोगी सामाजिक सुरक्षा संख्या (वैकल्पिक *) <small>* वैकल्पिक है, लेकिन राज्य कानून की आवश्यकताओं से ऊपर अधिक उदार सहायता के लिए आवश्यक</small>
बिल भुगतान के लिए उत्तरदायी व्यक्ति	रोगी के संबंध	जन्म तिथि
		सामाजिक सुरक्षा संख्या (वैकल्पिक *) <small>* वैकल्पिक है, लेकिन राज्य कानून की आवश्यकताओं से ऊपर अधिक उदार सहायता के लिए आवश्यक</small>
डाक पता _____ _____		मुख्य संपर्क नंबर (s) () _____ () _____
शहर _____	राज्य _____	ज़िप कोड _____
ईमेल पता: _____		
बिल का भुगतान करने के लिए जिम्मेदार व्यक्ति की रोजगार की स्थिति		
<input type="checkbox"/> कार्यरत (भाड़े की तारीख: _____) <input type="checkbox"/> बेरोजगार (कब तक बेरोजगार: _____)		
<input type="checkbox"/> कार्यरत <input type="checkbox"/> छात्र <input type="checkbox"/> अक्षम <input type="checkbox"/> सेवानिवृत्त <input type="checkbox"/> अन्य (_____)		

चैरिटी केयर/वित्तीय सहायता आवेदन फार्म-गोपनीय

परिवार की जानकारी					
परिवार के सदस्यों को आप सहित अपने घर में सूचीबद्ध करें। "परिवार" में जन्म, शादी या गोद लेने से संबंधित लोग शामिल होते हैं, जो एक साथ रहते हैं।					
परिवार का आकार _____			यदि आवश्यक हो तो अतिरिक्त पृष्ठ अनुलग्न करें		
नाम	जन्म तिथि	रोगी के संबंध	यदि 18 साल या पुराने: नियोक्ता (ओं) का नाम या आय का स्रोत	यदि 18 साल या पुराने: कुल सकल मासिक आय (करों से पहले):	इसके अलावा वित्तीय सहायता के लिए आवेदन?
					हाँ / नहीं
					हाँ / नहीं
					हाँ / नहीं
					हाँ / नहीं
<p>सभी वयस्क परिवार के सदस्यों की आय का खुलासा किया जाना चाहिए। आय के स्रोतों में शामिल हैं, उदाहरण के लिए:</p> <p>- मजदूरी - बेरोजगारी - स्वरोजगार - श्रमिक मुआवजा - विकलांगता - एसएसआई - बाल / चंचल समर्थन</p> <p>- कार्य अध्ययन कार्यक्रम (छात्र) - पेंशन - सेवानिवृत्ति खाता वितरण - अन्य (कृपया समझाएं _____)</p>					
सूचना की जानकारी					
याद रखें: आप अपने आवेदन के साथ आय का सबूत शामिल करना चाहिए।					
<p>आप अपने परिवार की आय के बारे में जानकारी प्रदान करना चाहिए। वित्तीय सहायता निर्धारित करने के लिए आय सत्यापन की आवश्यकता होती है।</p> <p>परिवार के सभी सदस्य 18 साल या उससे बड़ी उम्र के लोगों को अपनी आमदनी बतानी होगी। यदि आप दस्तावेजीकरण प्रदान नहीं कर सकते, तो आप अपनी आय का वर्णन करते हुए लिखित हस्ताक्षरित कथन सबमिट कर सकते हैं। आय के प्रत्येक अभिज्ञाता स्रोत का प्रमाण प्रदान करें। आय के प्रमाण के उदाहरणों में शामिल हैं:</p> <ul style="list-style-type: none"> • एक "डब्ल्यू -2" रोक बयान; या • वर्तमान वेतन स्टब्स (3 महीने); या • यदि लागू हो तो शेड्यूल सहित पिछले साल का आयकर रिटर्न; या • नियोक्ताओं या अन्य से लिखित, हस्ताक्षरित बयान; या • मेडिकिड और / या राज्य-वित्त पोषित चिकित्सा सहायता के लिए पात्रता का अनुमोदन / अस्वीकार; या • बेरोजगारी मुआवजे के लिए पात्रता का अनुमोदन / अस्वीकार। <p>यदि आप आय या कोई आय का कोई सबूत नहीं है, एक स्पष्टीकरण के साथ एक अतिरिक्त पृष्ठ संलग्न करें।</p>					



चैरिटी केयर/वित्तीय सहायता आवेदन फार्म-गोपनीय

अनुभव की जानकारी	
<i>हम इस जानकारी का उपयोग करने के लिए अपनी वित्तीय स्थिति का एक और अधिक पूरी तस्वीर मिल।</i>	
मासिक घरेलू खर्च:	
किराए पर / बंधक \$ _____	चिकित्सा व्यय \$ _____
बीमा प्रीमियम \$ _____	उपयोगिताओं \$ _____
अन्य ऋण / व्यय \$ _____	(बाल सहायता, ऋण, दवाएं, अंय)
सहायता जानकारी	
<i>इस जानकारी का इस्तेमाल किया जा सकता है अगर आपकी आय संघीय गरीबी दिशा निर्देशों का १०१% से ऊपर है।</i>	
वर्तमान जांच खाता शेष \$ _____	क्या आपके परिवार के पास ये अंय संपत्तियां हैं? कृपया उन सभी की जांच करें जो लागू होते हैं
वर्तमान बचत खाता शेष \$ _____	<input type="checkbox"/> स्टॉक्स <input type="checkbox"/> बांड <input type="checkbox"/> K 401K <input type="checkbox"/> ings स्वास्थ्य बचत खाता <input type="checkbox"/> ट्रस्ट <input type="checkbox"/> संपत्ति (प्राथमिक निवास को छोड़कर) <input type="checkbox"/> खुद का व्यवसाय
अतिरिक्त जानकारी	
कृपया एक अतिरिक्त पृष्ठ अगर वहां अपनी वर्तमान वित्तीय स्थिति है कि आप हमें जानना चाहते हैं के बारे में अंय जानकारी देते हैं, जैसे एक वित्तीय कठिनाई, अत्यधिक चिकित्सा व्यय, मौसमी या अस्थायी आय, या व्यक्तिगत हानि के रूप में संलग्न।	
पेटेंट समझौते	
मैं समझता हूँ कि वित्तीय सहायता या भुगतान योजनाओं के लिए पात्रता निर्धारित करने में सहायता के लिए प्रोविडेंस हेल्थ एंड सर्विसेज क्रेडिट जानकारी की समीक्षा करके और अन्य स्रोतों से जानकारी प्राप्त करके जानकारी को सत्यापित कर सकती है।	
मैं इस बात की पुष्टि करता हूँ कि उपरोक्त जानकारी मेरे ज्ञान के अनुसार सही और सही है। मैं समझता हूँ कि यदि मेरे द्वारा दी गई वित्तीय जानकारी गलत है, तो परिणाम वित्तीय सहायता से वंचित हो सकता है, और मैं प्रदान की गई सेवाओं के लिए भुगतान करने की अपेक्षा कर सकता हूँ।	
_____	_____
आवेदन करने वाले व्यक्ति के हस्ताक्षर	दिनांक