



## Miłośności opieki/finansowej pomocy aplikacji formularz instrukcji

To jest wniosek o pomoc finansową (znany również jako opieki charytatywnej) w Providence.

**Prawo federalne i stanowe wymaga wszystkie szpitale, pomoc finansowa** osób i rodzin, którzy spełniają określone wymagania dochodu. Ci mogą zakwalifikować się do opieki lub obniżonej cenie opieki na podstawie wielkości rodziny i dochodu, nawet jeśli masz ubezpieczenie zdrowotne. Zobacz naszą politykę pomocy finansowej i przesun skalę wytycznych, przejdź do zamieszkujących Państwa Strona internetowa <https://www.providence.org/obp>.

**Co obejmuje pomoc finansową?** Medycznej pomocy finansowej obejmuje niezbędne z medycznego szpitala opiekę świadczoną przez jednego z naszych szpitali w zależności od uprawnień. Pomocy finansowej nie może pokryć wszystkich kosztów opieki zdrowotnej, w tym usług świadczonych przez inne organizacje.

**Jeśli masz pytania lub potrzebujesz pomocy przy wypełnianiu tej aplikacji:** nasze zasady pomocy finansowej, informacje, programy i materiały aplikacji są dostępne na naszej stronie internetowej lub telefonicznie. Pomoc można uzyskać z dowolnego powodu, w tym osób niepełnosprawnych i pomocy języka. Tłumaczenia pisemne dokumentów dostępne na życzenie. Oto jak skontaktować się z nami: <https://www.providence.org/obp>  
Przedstawiciele działu obsługi klienta na: 503-215-3030 lub 866-747-2455  
Od poniedziałku do piątku 8:00 rano do 5:00 pm

### **W celu aplikacji w celu przetworzenia należy:**

- Dostarczają nam informacji o swojej rodzinie**  
Podaj liczbę członków rodziny w gospodarstwie domowym (rodzina obejmuje osoby związane z urodzenia, małżeństwa lub przyjęcia, które mieszkają razem)
- Dostarczają nam informacji o swojej rodzinie miesięczny dochód brutto (dochód przed opodatkowaniem i potrącen) do obejmują odcinki wypłat, formularz w-2, deklaracji podatkowych, ubezpieczeń społecznych nagrody, listów, itp**  
(Zobacz pomoc finansową aplikacji sekcji dochodu więcej przykładów)
- Dostarczenie dokumentacji dochodów rodziny i zadeklarować aktywów**
- Dołączyć dodatkowe informacje, w razie potrzeby**
- Podpisać i opatrzyć datą formy pomocy finansowej**

**Uwaga: Nie trzeba podać numer ubezpieczenia społecznego, aby ubiegać się o pomoc finansową.** Jeśli podasz nam swój numer PESEL pomoże przyspieszyć przetwarzania aplikacji. Numery ubezpieczenia społecznego są używane do weryfikacji informacji dostarczonych do nas. Jeśli nie masz numeru ubezpieczenia społecznego, proszę zaznaczyć "nie dotyczy" lub "NA."

**Aplikacja mail zakończony z całej dokumentacji do:** Providence regionalne biuro biznes, P.O. Box 3299 Portland, OR 97208-3395. Należy zachować kopię dla siebie.

**Aby złożyć wypełniony wniosek osobiście:** jedź do najbliższego biura kasjera Szpital

Powiadomimy Cię z ostatecznego ustalenia kwalifikowalności i odwołania praw, w stosownych przypadkach, w ciągu 30 dni od otrzymania aplikacji pełną pomoc finansową, w tym dokumentację dochodu.



## **Miłości opieki/finansowej pomocy aplikacji formularz instrukcji**

Składając wniosek o pomoc finansową, wyrażasz zgodę dla nas do podjęcia kroków niezbędnych do potwierdzenia zobowiązania finansowe i informacje.

**Chcemy pomóc. Prześlij swoją aplikację natychmiast! Do czasu otrzymania od Ciebie informacji może zostać wyświetlony rachunki.**

## Miłości opieki/finansowe pomocy formularza wniosku – poufne

Proszę wypełnić wszystkie informacje całkowicie. Jeśli nie ma zastosowania, napisz "NA." W razie potrzeby można dołączyć dodatkowe strony.

### KONTROLI BEZPIECZEŃSTWA INFORMACJI

Potrzebujesz tłumacza? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nr <i>Jeśli tak, lista preferowanego języka:</i>
Pacjent wnioskował o Medicaid? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nr
Czy pacjent otrzymuje stan usług publicznych, takich jak TANF, podstawowe jedzenie lub WIC? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nr
Pacjent jest obecnie bezdomny? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nr
Jest opieka medyczna pacjenta potrzeby związane z kontuzji pracy lub wypadku samochodu? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nr

### NALEŻY PAMIĘTAĆ

- Nie gwarantujemy, że kwalifikujesz się do uzyskania pomocy finansowej, nawet jeśli użytkownik stosuje. Nie gwarantujemy, że kwalifikujesz się do uzyskania pomocy finansowej, nawet jeśli użytkownik stosuje.
- Po wystaniu w aplikacji, możemy sprawdzić wszystkie informacje i może poprosić o dodatkowe informacje lub zaświadczenie o dochodach.
- W ciągu 30 dni po otrzymaniu wypełnionego wniosku i dokumentacji, powiadomimy Cię. Jeśli kwalifikujesz się do pomocy.

### DANE PACJENTA I WNIOSKODAWCY DANE PACJENTA I WNIOSKODAWCY

Nazwisko pierwszego pacjenta	Imię i nazwisko pacjenta Bliskim		Imię i nazwisko ostatniego pacjenta
<input type="checkbox"/> Mężczyzna <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Inne (może określić _____)	Data urodzenia		Numer ubezpieczenia społecznego pacjenta (opcjonalnie *)  <small>* opcjonalne, ale potrzebne do bardziej hojnej pomocy ponad wymogi prawa państwa</small>
Osoba odpowiedzialna za płacenie rachunku	Stosunek do pacjenta	Data urodzenia	<i>Numer ubezpieczenia społecznego (opcjonalnie *)</i>  <small>* opcjonalne, ale potrzebne do bardziej hojnej pomocy ponad wymogi prawa państwa</small>
Adres do korespondencji _____ _____			Główne numery kontaktowe ( ) _____ ( ) _____ Adres e-mail: _____
Miasto	Państwa	Kod pocztowy	
Status zatrudnienia osoby odpowiedzialnej za płacenie rachunku <input type="checkbox"/> <b>Zatrudniony</b> (data zatrudnienia: _____) <input type="checkbox"/> <b>Bezrobotny</b> (jak długo bezrobotny: _____) <input type="checkbox"/> <b>Samozatrudniony</b> <input type="checkbox"/> <b>Uczeń</b> <input type="checkbox"/> <b>Niepełnosprawny</b> <input type="checkbox"/> <b>Emerytowany</b> <input type="checkbox"/> <b>Inny</b> (_____)			

## Miłości opieki/finansowe pomocy formularza wniosku – poufne

### INFORMACJE DLA RODZIN Z DZIEĆMI

Lista członków rodziny w gospodarstwie domowym, w tym Ciebie. "Rodzina" obejmuje osoby związane z urodzenia, małżeństwa lub przyjęcia, które mieszkają razem.

**WIELKOŚĆ RODZINY** \_\_\_\_\_

Dołączyć dodatkowe strony, w razie potrzeby

Nazwa	Data urodzenia	Stosunek do pacjenta	Jeśli 18 lat lub starszych: nazwy pracodawców lub źródło dochodu	Jeśli 18 lat lub starszych: łączny miesięczny dochód brutto (przed opodatkowaniem):	Również ubiegających się o pomoc finansową?
					Tak / Nr
					Tak / Nr
					Tak / Nr
					Tak / Nr

**Dochody wszystkich dorosłych członków rodziny musi być ujawnione. Źródeł dochodu obejmują, na przykład:**

- Płace - Bezrobocie - Samozatrudnienie - Wynagrodzenie pracownika - Niepełnosprawność - SSI - Wsparcie dla dziecka / małżonka - Programy studiów zawodowych (studenci) - Emerytura - Dystrybucja kont emerytalnych - Inne (proszę wyjaśnić \_\_\_\_\_)

### INFORMACJE O DOCHODZIE

*Pamiętaj: Należy dołączyć zaświadczenie o dochodach z aplikacji.*

**Należy podać informacje, od dochodu rodziny. Przychodu jest wymagany do określenia pomocy finansowej.**

**Wszyscy członkowie rodziny 18 lat lub starszych ujawniać swoich dochodów. Jeśli nie możesz podać dokumentacji, może złożyć pisemne oświadczenie podpisane, opisując swoje dochody. Proszę przedstawić dowody dla każdego zidentyfikowanego źródła dochodu. Zaświadczenie o dochodach przykłady:**

- Deklaracja potrącenia „W-2”; lub
- Aktualne odcinki wypłat (3 miesiące); lub
- Zwrot podatku dochodowego z ubiegłego roku, w tym harmonogramy, jeśli dotyczy; lub
- Pisemne, podpisane oświadczenia od pracodawców lub innych; lub
- Zatwierdzenie / odmowa kwalifikowania się do pomocy medycznej i / lub pomocy medycznej finansowanej przez państwo; lub
- Zatwierdzenie / odmowa przyznania zasiłku dla bezrobotnych.

Jeśli masz dowód dochodu lub żadnego dochodu, Proszę dołączyć dodatkowe strony z wyjaśnieniem.

### KOSZT INFORMACJI

*Używamy tych informacji, aby uzyskać pełniejszy obraz sytuacji finansowej.*

Miesięczne wydatki na utrzymanie domu:

Wynajem/hipotecznych \$ \_\_\_\_\_ Koszty leczenia Koszty leczenia \$ \_\_\_\_\_  
 Składki ubezpieczeniowe \$ \_\_\_\_\_ Narzędzia \$ \_\_\_\_\_  
 Inne wydatki/długu \$ \_\_\_\_\_ (dzieci, kredyty, leki, inne)



## Miłości opieki/finansowe pomocy formularza wniosku – poufne

### INFORMACJI NA TEMAT ZASOBÓW

*Te informacje mogą być użyte, Jeśli Twój dochód jest powyżej 101% federalnych wytycznych ubóstwa.*

Bieżące saldo konta bankowego

\$ \_\_\_\_\_

Bieżące saldo konta oszczędnościowego

\$ \_\_\_\_\_

Czy Twoja rodzina ma te inne aktywa?

**Sprawdź, czy wszystkie pasujące**

- Akcje  Obligacje  401K  Konta oszczędnościowe zdrowia  Zaufanie (a)  
 Nieruchomość (z wyjątkiem podstawowego miejsca zamieszkania)  
 Własność firmy

### DODATKOWE INFORMACJE

Proszę dołączyć dodatkowe strony, jeśli ma innych informacji o aktualnej sytuacji finansowej, że chcesz nas poznać, takie jak trudności finansowe, nadmierne koszty leczenia, sezonowe lub tymczasowe dochody lub straty osobowe.

### UMOWA PACJENTA

Rozumiem, że Opatrzność zdrowia i usług może zweryfikować informacje przez przeglądanie informacji kredytowej i uzyskiwanie informacji z innych źródeł, aby pomóc w określaniu kwalifikowalności dla planów finansowych pomocy lub płatności.

Potwierdzam, że powyższe informacje są prawdziwe i poprawne do mojej najlepszej wiedzy. Rozumiem, jeżeli informacje finansowe, które podaję jest false, wynik może być odmowa pomocy finansowej, i mogą być odpowiedzialne za i oczekiwać zapłacić za usługi świadczone.

\_\_\_\_\_  
Podpis osoby ubiegającej się

\_\_\_\_\_  
Data