



กุศลที่ดูแลเงินช่วยเหลือแบบฟอร์มคำแนะนำ

นี่คือการประยุกต์ใช้สำหรับความช่วยเหลือทางการเงิน (หรือที่เรียกว่าการดูแลการกุศล) ที่พรอวิเดนซ์

กฎหมายของรัฐบาลกลาง

และรัฐกำหนดโรงพยาบาลที่ให้ความช่วยเหลือทางการเงินให้ท่านและครอบครัวที่ตรงกับความต้องการรายได้ คุณอาจมีคุณสมบัติฟรีดูแลหรือดูแลราคาลดลงตามรายได้ และขนาดครอบครัวของคุณถ้าคุณมีประกันสุขภาพ ดูนโยบายช่วยเหลือ และเลื่อนแนวระดับ กรุณาไปอยู่เว็บไซต์รัฐ <https://www.providence.org/obp>.

ความช่วยเหลือทางการเงินครอบคลุมอะไรบ้าง

การช่วยเหลือทางการแพทย์ครอบคลุมการดูแลในโรงพยาบาลที่จำเป็นทางการแพทย์จากโรงพยาบาลของเราขึ้นอยู่กับสิทธิของคุณอย่างใดอย่างหนึ่ง ความช่วยเหลือทางการเงินอาจไม่ครอบคลุมต้นทุนดูแลสุขภาพทั้งหมด รวมทั้งบริการจากองค์กรอื่น ๆ

ถ้าคุณมีคำถาม หรือต้องการให้ช่วยทำโปรแกรมนี้: นโยบายความช่วยเหลือทางการเงิน ข้อมูลเกี่ยวกับโปรแกรม และเอกสารการสมัครของเรามีอยู่ บนเว็บไซต์ของเรา หรือผ่าน ทางโทรศัพท์ คุณอาจได้รับความช่วยเหลือด้วยเหตุผลใด ๆ รวมทั้งความพิการและความช่วยเหลือภาษา แปลเอกสารแจ้งความประสงค์เป็นลายลักษณ์อักษร วิธีการติดต่อเรา:

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

พนักงานฝ่ายบริการลูกค้าที่: 503-215-3030 หรือ 866-747-2455

จันทร์-ศุกร์ 8:00 17:00 น.

เพื่อให้ใบสมัครของคุณได้รับการดำเนินการคุณต้อง:

- ให้ข้อมูลเกี่ยวกับครอบครัวของคุณแก่เรา กรอกจำนวนสมาชิกในครอบครัวของคุณ (ครอบครัวรวมถึงผู้คนที่เกี่ยวข้องโดยกำเนิดการแต่งงานหรือการรับเลี้ยงบุตรบุญธรรมที่อาศัยอยู่ด้วยกัน)
- ให้ข้อมูลเกี่ยวกับรายได้รวมของครอบครัวของคุณ (รายได้ก่อนหักภาษีและหัก) เพื่อรวมสตั๊บบายแบบฟอร์ม W-2 คินภาษีจดหมายรางวัลประกันสังคม ฯลฯ (ดูตัวอย่างการสมัครขอรับความช่วยเหลือทางการเงินสำหรับรายละเอียดเพิ่มเติม)
- จัดทำเอกสารสำหรับรายได้ของครอบครัวและประกาศสินทรัพย์
- แนบข้อมูลเพิ่มเติมหากจำเป็น
- ลงชื่อและลงวันที่ในแบบฟอร์มความช่วยเหลือทางการเงิน

หมายเหตุ: คุณไม่จำเป็นต้องให้หมายเลขประกันสังคมเพื่อขอความช่วยเหลือทางการเงิน หากท่านให้เลขประกันสังคม มันจะช่วยเพิ่มความเร็วการประมวลผลของโปรแกรมประยุกต์ของคุณ

หมายเลขประกันสังคมจะใช้ในการตรวจสอบข้อมูลที่ให้ไว้กับเรา ถ้าคุณไม่มีหมายเลขประกันสังคม ทำเครื่องหมาย "ไม่มี" หรือ "นราธิวาส"

โปรแกรมประยุกต์จดหมายเสร็จสมบูรณ์พร้อมทั้งเอกสารประกอบเพื่อ: ปณ 3299 พอร์ตแลนด์ หรือ 97208-3395, Providence ธุรกิจสำนัก ต้องเก็บสำเนาตัวเอง

ส่งใบสมัครของคุณเสร็จสมบูรณ์ในคน: พาไปสำนักงานพนักงานเก็บเงินของโรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุด

เราจะแจ้งให้คุณของความมุ่งมั่นสุดท้ายของสิทธิและอุทธรณ์สิทธิ ถ้ามี ภายใน 30

วันของการได้รับการประยุกต์ใช้ในการช่วยเหลือทางการเงินที่สมบูรณ์ รวมทั้งเอกสารของรายได้

โดยการส่งโปรแกรมช่วยเหลือ คุณให้ความยินยอมเราจะทำการสอบถามที่จำเป็นเพื่อยืนยันข้อมูลและภาระทางการเงิน



เราอยากช่วยเหลือ กรุณาส่งใบสมัครทันที คุณอาจได้รับเงินจนกว่าเราได้รับข้อมูลของคุณ



กุศลดูแล/เงินช่วยเหลือสมัคร – เป็นความลับ กุศลดูแล

เข้ากรอกข้อมูลทั้งหมดอย่างสมบูรณ์ ถ้ามันใช้ไม่ได้ เขียน "นราธิวาส" แทนหน้าเพิ่มเติมถ้าจำเป็น
เข้ากรอกข้อมูลทั้งหมดอย่างสมบูรณ์ ถ้ามันใช้ไม่ได้ เขียน "นราธิวาส" แทนหน้าเพิ่มเติมถ้าจำเป็น

คัดกรองข้อมูล คัดกรองข้อมูล

คุณต้องการล่าม ใช่ ไม่ใช่ ถ้าใช่ รายการภาษาที่ต้องการ:

ผู้ป่วยได้ใช้สำหรับ Medicaid ใช่ ไม่ใช่

ผู้ป่วยได้รับบริการสาธารณะของรัฐเช่น TANF อาหารพื้นฐาน WIC ใช่ ไม่ใช่

เป็นผู้ป่วยในปัจจุบันจรจัด ใช่ ไม่ใช่

เป็นแพทย์ของผู้ป่วยที่ต้องเกี่ยวข้องกับรถเกิดอุบัติเหตุหรืองานบาดเจ็บ ใช่ ไม่ใช่

โปรดทราบ

- เราไม่สามารถรับประกันว่า คุณจะได้รับความช่วยเหลือทางการเงิน แม้ว่าคุณใช้
- เมื่อคุณส่งในโปรแกรมประยุกต์ของคุณ เราอาจตรวจสอบข้อมูลทั้งหมด และอาจขอข้อมูลเพิ่มเติมหรือหนังสือรับรองรายได้
- ภายใน 30 วัน หลังจากที่เรารับใบสมัครและเอกสารประกอบ ของคุณเราจะแจ้งให้คุณถ้าคุณได้รับความช่วยเหลือ

ข้อมูลผู้ป่วยและผู้สมัคร ข้อมูลผู้ป่วยและผู้สมัคร

ชื่อผู้ป่วย	ชื่อกลางของผู้ป่วย		นามสกุล
<input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง <input type="checkbox"/> อื่น ๆ (อาจะระบุ _____)	วันเกิด		ผู้ป่วยหมายเลขประกันสังคม (เสริม *) * แต่ไม่จำเป็นสำหรับนำใจความช่วยเหลือข้างต้น ข้อกำหนดของกฎหมายของรัฐ
ผู้รับผิดชอบการชำระเงิน	ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	วันเกิด	หมายเลขประกันสังคม (เสริม *) * แต่ไม่จำเป็นสำหรับนำใจความช่วยเหลือข้างต้น ข้อกำหนดของกฎหมายของรัฐ
ที่อยู่			หมายเลขผู้ติดต่อหลัก () _____ () _____ อีเมล: _____
เมือง	รัฐ	รหัสไปรษณีย์	

สถานะการจ้างงานของผู้รับผิดชอบการชำระเงิน
 ลูกจ้าง)วันที่จ้าง: _____)ว่างงาน)นานแค่ไหน: _____)
 ทำงานให้ตัวเอง นักศึกษา ปิดการใช้งาน เกษียณอายุ อื่น ๆ) _____)

ข้อมูลครอบครัว ข้อมูลครอบครัว

รายชื่อสมาชิกครอบครัวในบ้านของคุณ รวมทั้งคุณ "ครอบครัว" รวมถึงผู้ที่เกี่ยวข้อง โดยเกิด แต่งงาน หรือนำที่อยู่ด้วยกัน

ขนาดครอบครัว ขนาดครอบครัว _____

แบบหน้าเพิ่มเติมถ้าจำเป็น

ชื่อ	วันเกิด	ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	ถ้าอายุ 18 ปี: Employer(s) ชื่อหรือแหล่งที่มาของรายได้	ถ้าอายุ 18 ปี: รวมรายได้รายเดือนรวม (ก่อนภาษี):	นอกจากนี้ยังใช้สำหรับความช่วยเหลือทางการเงิน
------	---------	------------------------	--	---	--

					ใช่ / ไม่ใช่
					ใช่ / ไม่ใช่
					ใช่ / ไม่ใช่
					ใช่ / ไม่ใช่

รายได้ทั้งหมดผู้ใหญ่ของสมาชิกครอบครัวต้องถูกเปิดเผย แหล่งรายได้รวม เช่น
 รายได้ทั้งหมดผู้ใหญ่ของสมาชิกครอบครัวต้องถูกเปิดเผย แหล่งรายได้รวม เช่น:
 - ค่าจ้าง - การว่างงาน - การจ้างงานตนเอง - ค่าตอบแทนของผู้ปฏิบัติงาน - ความพิการ - SSI - การสนับสนุนเด็ก / พิธีวิวาห์
 - โปรแกรมการศึกษาการทำงาน) นักเรียน (- บำเหน็จบำนาญ - การกระจายบัญชีเพื่อการเกษียณอายุ - อื่น ๆ) โปรดอธิบาย)

ข้อมูลรายได้

จำ: คุณต้องมีหลักฐานของรายได้กับโปรแกรมประยุกต์ของคุณ จำ: คุณต้องมีหลักฐานของรายได้กับโปรแกรมประยุกต์ของคุณ

คุณต้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับรายได้ของครอบครัว จำเป็นต้องมีการตรวจสอบรายได้เพื่อตรวจสอบความช่วยเหลือทางการเงิน สมาชิกครอบครัวทุกคน 18 ปี หรือมากกว่าต้องเปิดเผยข้อมูลรายได้ หากคุณไม่สามารถจัดเตรียมเอกสาร คุณสามารถส่งคำส่งลงนามเขียนอธิบายรายได้ของคุณ โปรดให้หลักฐานสำหรับทุกแหล่งระบุรายได้ ตัวอย่างของหลักฐานของรายได้รวม:

- คำสั่งหัก ณ ที่จ่าย "W-2"; หรือ
- ต้นขั้วจ่ายปัจจุบัน (3 เดือน (; หรือ
- การคืนภาษีของปีที่แล้วรวมถึงตารางเวลาหากมี; หรือ
- เป็นลายลักษณ์อักษรลงนามในแถลงการณ์จากนายจ้างหรือผู้อื่น; หรือ
- อนุมัติ / ปฏิเสธการมีสิทธิ์ได้รับ Medicaid และ / หรือความช่วยเหลือทางการแพทย์ที่ได้รับการสนับสนุนจากรัฐ; หรือ
- อนุมัติ / ปฏิเสธการมีสิทธิ์ได้รับค่าตอบแทนการว่างงาน

ถ้าคุณมีหลักฐานไม่มีรายได้หรือไม่มีรายได้ กรุณาแนบหน้าเพิ่มเติมอธิบาย

ข้อมูลค่าใช้จ่าย ข้อมูลค่าใช้จ่าย

เราใช้ข้อมูลนี้เพื่อให้ได้ภาพสมบูรณ์มากขึ้นของสถานะทางการเงิน

รายจ่ายครัวเรือนต่อเดือน รายจ่ายครัวเรือนต่อเดือน:

เช่า/จำนอง \$ _____ ค่ารักษาพยาบาล \$ _____
 เบี้ยประกัน \$ _____ ยุติสิทธิ์ \$ _____
 หนี้/ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ \$ _____ (สนับสนุนเด็ก เงินกู้ ยา อื่น ๆ)

ข้อมูลสินทรัพย์

ข้อมูลนี้อาจถูกใช้ถ้ารายได้ของคุณอยู่เหนือ 101% แนวทางความยากจนของรัฐบาลกลาง

ดุลปัจจุบันในบัญชีตรวจสอบ \$ _____ ไม่ครอบครัวยังมีสินทรัพย์อื่น ไม่ครอบครัวยังมีสินทรัพย์อื่น
 ดุลปัจจุบันในบัญชีออมทรัพย์ \$ _____ กรุณาตรวจสอบทั้งหมดที่ใช้
 ทุน พันธบัตร 401K บัญชีออมทรัพย์สุขภาพ เชื้อถือ) s)
 ทรัพย์สิน) ไม่รวมที่อยู่อาศัยหลัก (เป็นเจ้าของธุรกิจ

ข้อมูลเพิ่มเติม

โปรดแนบหน้าเพิ่มเติมถ้ามีข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ทางการเงินปัจจุบันของคุณที่คุณต้องเรา รู้ เช่นมีความยากลำบากทางการเงิน มากเกินไปค่ารักษาพยาบาล ตามฤดูกาล หรือชั่วคราวเงิน หรืออื่น ๆ ขาดทุนส่วนบุคคล

ข้อตกลงที่ผู้ป่วย

ข้าพเจ้าเข้าใจว่าการให้ข้อมูลอาจตรวจสอบข้อมูลโดยการตรวจสอบข้อมูลเครดิตและการได้รับข้อมูลจากแหล่งอื่นเพื่อช่วยในการกำหนดสิทธิ์ในการช่วยเหลือทางการเงินหรือแผนการชำระเงิน

ฉันยืนยันว่าข้อมูลข้างต้นเป็นจริงและถูกต้องตามความรู้ที่ดีที่สุดของฉัน
ฉันเข้าใจว่าข้อมูลทางการเงินที่ฉันให้ไว้นั้นถูกพิจารณาว่าเป็นเท็จผลที่ได้ อาจเป็นการปฏิเสธความช่วยเหลือทางการเงินและฉันอาจรับผิดชอบและคาดว่าจะจ่ายค่าบริการ

ลายเซ็นของผู้ใช้

วัน