



## Tổ chức từ thiện chăm sóc/tài chính hỗ trợ ứng dụng mẫu hướng dẫn

Đây là một đơn xin hỗ trợ tài chính (còn được gọi là chăm sóc thiện nguyện) tại Providence.

**Luật pháp liên bang và tiểu bang yêu cầu tất cả các bệnh viện để cung cấp hỗ trợ tài chính** để người dân và gia đình những người đáp ứng một số yêu cầu thu nhập. Bạn có thể đủ điều kiện miễn phí chăm sóc hoặc chăm sóc giảm giá dựa trên kích thước gia đình của bạn và thu nhập, thậm chí nếu bạn có bảo hiểm y tế. Để xem chính sách hỗ trợ tài chính của chúng tôi và trượt quy mô hướng dẫn, xin vui lòng đi đến định cư nhà nước trang web từ <https://www.providence.org/obp>.

**Hỗ trợ tài chính bao gồm những gì?** Hỗ trợ tài chính y tế bao gồm chăm sóc cần thiết về mặt y tế bệnh viện được cung cấp bởi một trong bệnh viện của chúng tôi tùy thuộc vào điều kiện của bạn. Hỗ trợ tài chính có thể không bao gồm tất cả chi phí chăm sóc sức khỏe, bao gồm dịch vụ được cung cấp bởi các tổ chức khác.

**Nếu bạn có thắc mắc hoặc cần sự giúp đỡ hoàn này thành ứng dụng:** chính sách hỗ trợ tài chính của chúng tôi, thông tin về các chương trình, và các vật liệu ứng dụng có sẵn trên trang web của chúng tôi hoặc qua điện thoại. Bạn có thể có được sự giúp đỡ cho bất kỳ lý do nào, bao gồm cả người Khuyết tật và hỗ trợ ngôn ngữ. Dịch viết tài liệu theo yêu cầu. Dưới đây là làm thế nào để liên hệ với chúng tôi: <https://www.providence.org/obp>  
Đại diện dịch vụ khách hàng tại: 503-215-3030 hoặc 866-747-2455  
Thứ hai-thứ sáu 8:00 sáng đến 5:00 chiều

### **Để cho ứng dụng của bạn để được xử lý, bạn phải:**

- Cung cấp cho chúng tôi thông tin về gia đình bạn**  
Điền vào số lượng thành viên gia đình trong gia đình của bạn (gia đình bao gồm những người liên quan đến sinh, kết hôn hoặc nhận con nuôi sống chung)
- Cung cấp cho chúng tôi thông tin về thu nhập hàng tháng của gia đình bạn (thu nhập trước thuế và các khoản khấu trừ) để bao gồm cuống phiếu lương, mẫu W-2, tờ khai thuế, thư giải thưởng an sinh xã hội, v.v.**  
(xem phần Thu nhập của ứng dụng hỗ trợ tài chính để biết thêm ví dụ)
- Cung cấp tài liệu cho thu nhập gia đình và kê khai tài sản**
- Đính kèm thông tin bổ sung nếu cần**
- Ký và ghi ngày vào mẫu hỗ trợ tài chính**

**Lưu ý: Bạn không phải cung cấp số An sinh Xã hội để xin hỗ trợ tài chính.** Nếu bạn cung cấp cho chúng tôi số An sinh xã hội, nó sẽ giúp tăng tốc xử lý đơn đăng ký của bạn. Số An sinh xã hội được sử dụng để xác minh thông tin cung cấp cho chúng tôi. Nếu bạn không có số An sinh xã hội, vui lòng đánh dấu và không áp dụng được

**Mail hoàn thành đơn đăng ký với tất cả tài liệu tới:** Văn phòng kinh doanh khu vực Providence, P.O. Hộp 3299 Portland, HOẶC 97208-3395. Hãy chắc chắn để giữ một bản sao cho chính mình.

**Để trực tiếp nộp đơn đăng ký của bạn:** Hãy đến Văn phòng Thu ngân của Bệnh viện gần nhất

Chúng tôi sẽ thông báo cho bạn về quyết định cuối cùng về quyền đủ điều kiện và quyền kháng cáo, nếu có, trong vòng 30 ngày kể từ khi nhận được đơn xin hỗ trợ tài chính hoàn chỉnh, bao gồm cả tài liệu thu nhập.

Bằng cách gửi đơn đăng ký hỗ trợ tài chính, bạn đồng ý cho chúng tôi thực hiện các yêu cầu cần thiết để xác nhận nghĩa vụ và thông tin tài chính.



**Tổ chức từ thiện chăm sóc/tài chính hỗ trợ ứng dụng mẫu hướng dẫn**

**Chúng tôi muốn giúp đỡ. Xin vui lòng gửi đơn của bạn nhanh chóng! Bạn có thể nhận hóa đơn cho đến khi chúng tôi nhận được thông tin của bạn.**



## Tổ chức từ thiện chăm sóc/tài chính hỗ trợ mẫu đơn-bảo mật

Xin vui lòng điền vào tất cả thông tin hoàn toàn. Nếu nó không áp dụng, viết "NA." Đính kèm trang bổ sung nếu cần thiết.

### KIỂM TRA THÔNG TIN

Bạn có cần một thông dịch viên?  Có  Không Nếu có, danh sách ưa thích ngôn ngữ:

Bệnh nhân đã được áp dụng cho Medicaid?  Có  Không

Bệnh nhân có nhận được dịch vụ công cộng tiểu bang như TANF, thực phẩm cơ bản hoặc WIC?  Có  Không

Là bệnh nhân hiện đang vô gia cư?  Có  Không

Được chăm sóc y tế của bệnh nhân cần liên quan đến xe tai nạn hoặc làm việc chấn thương?  Có  Không

### XIN VUI LÒNG LƯU Ý

- Chúng tôi không thể đảm bảo rằng bạn sẽ đủ điều kiện để được hỗ trợ tài chính, thậm chí nếu bạn áp dụng.
- Sau khi bạn gửi trong ứng dụng của bạn, chúng tôi có thể kiểm tra tất cả các thông tin và có thể yêu cầu thông tin bổ sung hoặc giấy tờ chứng minh thu nhập.
- Trong vòng 30 ngày sau khi chúng tôi nhận được của bạn ứng dụng hoàn thành và tài liệu, chúng tôi sẽ thông báo cho bạn nếu bạn đủ điều kiện để được hỗ trợ.

### THÔNG TIN BỆNH NHÂN VÀ NGƯỜI NỘP ĐƠN

Bệnh nhân tên	Bệnh nhân tên đệm	Bệnh nhân tên cuối cùng
<input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ <input type="checkbox"/> Khác (có thể chỉ định _____)	Ngày tháng năm sinh	Bệnh nhân số an sinh xã hội (tùy chọn *) <i>* tùy chọn, nhưng cần thiết để được hỗ trợ rộng rãi hơn trên yêu cầu pháp luật nhà nước</i>
Người chịu trách nhiệm đối với thanh toán hóa đơn	Mối quan hệ cho bệnh nhân	Ngày tháng năm sinh Số an sinh xã hội (tùy chọn *) <i>* tùy chọn, nhưng cần thiết để được hỗ trợ rộng rãi hơn trên yêu cầu pháp luật nhà nước</i>
Địa chỉ gửi thư _____ _____	Thành phố	Nhà nước
_____	Mã bưu điện	Chính các số liên lạc ( ) _____ ( ) _____ Địa chỉ email: _____
Tình trạng việc làm của người chịu trách nhiệm về thanh toán hóa đơn <input type="checkbox"/> Có việc làm (ngày thuê: _____) <input type="checkbox"/> Thất nghiệp (thất nghiệp bao lâu: _____) <input type="checkbox"/> Tự làm chủ <input type="checkbox"/> Sinh viên <input type="checkbox"/> Vô hiệu hóa <input type="checkbox"/> Đã nghỉ hưu <input type="checkbox"/> Khác (_____)		



## Tổ chức từ thiện chăm sóc/tài chính hỗ trợ mẫu đơn-bảo mật

### THÔNG TIN GIA ĐÌNH

Danh sách các thành viên gia đình trong gia đình của bạn, bao gồm cả bạn. "Gia đình" bao gồm những người có liên quan theo khai sinh, kết hôn hoặc nhận con nuôi người sống với nhau.

GIA ĐÌNH GIA ĐÌNH \_\_\_\_\_

Đính kèm trang bổ sung nếu cần thiết

Tên	Ngày sinh	Mối quan hệ cho bệnh nhân	Nếu 18 tuổi trở lên: Employer(s) tên hoặc nguồn thu nhập	Nếu 18 tuổi trở lên: Tổng số tổng thu nhập hàng tháng (trước thuế):	Cũng xin hỗ trợ tài chính?
					Có / Không
					Có / Không
					Có / Không
					Có / Không

**Tất cả người lớn thành viên gia đình thu nhập phải được tiết lộ. Nguồn thu nhập bao gồm, ví dụ::**

- Tiền lương - Thất nghiệp - Tự làm việc - Bồi thường cho công nhân - Khuyết tật - SSI - Hỗ trợ con / vợ
- Chương trình học tập làm việc (sinh viên) - Lương hưu - Phân phối tài khoản hưu trí - Khác (vui lòng giải thích)

### THU NHẬP THÔNG TIN

*Ghi nhớ: Bạn phải bao gồm giấy tờ chứng minh thu nhập với ứng dụng của bạn.*

**Bạn phải cung cấp thông tin về thu nhập của gia đình bạn.**

**Xác minh thu nhập là cần thiết để xác định hỗ trợ tài chính. Tất cả các thành viên gia đình 18 tuổi trở lên phải tiết lộ thu nhập của họ. Nếu bạn không thể cung cấp tài liệu, bạn có thể gửi một tuyên bố đã ký viết mô tả các thu nhập của bạn. Xin vui lòng cung cấp bằng chứng cho mỗi nguồn thu nhập được xác định. Ví dụ về giấy tờ chứng minh thu nhập:**

- Tuyên bố giữ lại "W-2"; hoặc là
- cuống phiếu lương hiện tại (3 tháng); hoặc là
- Hoàn thuế thu nhập năm ngoái, bao gồm lịch trình nếu có; hoặc là
- Tuyên bố bằng văn bản, có chữ ký của người sử dụng lao động hoặc người khác; hoặc là
- Phê duyệt / từ chối hội đủ điều kiện nhận Trợ cấp y tế và / hoặc hỗ trợ y tế do tiểu bang tài trợ; hoặc là
- Phê duyệt / từ chối đủ điều kiện nhận trợ cấp thất nghiệp.

Nếu bạn có không có bằng chứng về thu nhập hoặc có thu nhập, xin vui lòng đính kèm một trang bổ sung với một lời giải thích.

### THÔNG TIN CHI PHÍ

*Chúng tôi sử dụng thông tin này để có được một bức tranh hoàn chỉnh hơn về tình hình tài chính của bạn.*

Chi phí gia đình hàng tháng:

Tiền thuê / thế chấp \$ \_\_\_\_\_ Chi phí y tế \$ \_\_\_\_\_  
 Phí bảo hiểm \$ \_\_\_\_\_ Tiện ích \$ \_\_\_\_\_  
 Nợ / Chi phí khác \$ \_\_\_\_\_ (hỗ trợ nuôi con, cho vay, thuốc men, khác)

### THÔNG TIN TÀI SẢN

*Thông tin này có thể được sử dụng nếu thu nhập của bạn trên 101% các nguyên tắc liên bang của đối nghèo.*

Số dư hiện tại của tài khoản kiểm tra  
\$ \_\_\_\_\_  
 Số dư hiện tại của tài khoản tiết kiệm  
\$ \_\_\_\_\_

Gia đình của bạn có các tài sản khác không?

Hãy kiểm tra tất cả các áp dụng

- Cổ phiếu  Trái phiếu  401K  (Các) Tài khoản Tiết kiệm Sức khỏe  Tin tưởng (s)  
 Tài sản (không bao gồm cư trú chính)  Sở hữu một doanh nghiệp



## Tổ chức từ thiện chăm sóc/tài chính hỗ trợ mẫu đơn-bảo mật

### THÔNG TIN BỔ SUNG

Xin vui lòng đính kèm một trang bổ sung nếu có các thông tin về tình hình tài chính hiện tại của bạn mà bạn muốn chúng ta biết, chẳng hạn như một khó khăn tài chính, quá nhiều chi phí y tế, theo mùa hoặc tạm thời thu nhập, hoặc cá nhân mất.

### BỆNH NHÂN THỎA THUẬN

Tôi hiểu rằng Providence có thể xác minh thông tin bằng cách xem lại thông tin tín dụng và lấy thông tin từ các nguồn khác để hỗ trợ xác định đủ điều kiện để được hỗ trợ tài chính hoặc kế hoạch thanh toán.

Tôi khẳng định rằng các thông tin trên là đúng sự thật và chính xác để tốt nhất của kiến thức của tôi. Tôi hiểu nếu thông tin tài chính, tôi cho xác định là giả, kết quả có thể từ chối hỗ trợ tài chính, và tôi có thể phải chịu trách nhiệm và dự kiến sẽ trả tiền cho dịch vụ cung cấp.

\_\_\_\_\_  
Chữ ký của người nộp đơn

\_\_\_\_\_  
Ngày