

Բարեգործական հսկողության/Ֆինանսական օժանդակության դիմումի ձևի հրահանգներ

Սա Providence Health and Services ծրագրի ֆինանսական օժանդակության (որը նա հայտնի է որպես բարեգործական հսկողություն) դիմումն է:

Դաշնային և նահանգային օրենքների համաձայն՝ բոլոր հիվանդանոցները պետք է ֆինանսական օժանդակություն տրամադրեն որոշակի եկամուտների պահանջներին բավարարող մարդկանց և ընտանիքներին: Դուք կարող եք դիմել անվճար կամ իջեցված գներով բժշկական ծառայություններ ստանալու համար՝ ձեր ընտանիքի չափից և եկամուտներից կախված, նույնիսկ բժշկական ապահովագրության առկայության դեպքում: Մեր ֆինանսական աջակցության քաղաքականությանը և փոփոխական սանդղակի ուղեցույցներին ծանոթանալու համար, խնդրում ենք գնալ ձեր բնակության նահանգը հետևյալ կայքի հղումով՝ <https://www.providence.org/obp>:

Ի՞նչ է ներառում ֆինանսական օժանդակությունը: Բժշկական ֆինանսական օժանդակությունը ներառում է մեր հիվանդանոցներից մեկի կողմից տրամադրվող բժշկական տեսակետից անհրաժեշտ հսկողություն, կախված ձեր իրավասությունից: Ֆինանսական օժանդակությունը կարող է չներառել բոլոր բժշկական ծառայությունների վճարը, այդ թվում այն ծառայությունների, որոնք տրամադրվել են այլ կազմակերպությունների կողմից:

Այս դիմումը լրացնելիս հարցեր առաջանալու կամ օգնության կարիք ունենալու դեպքում. Մեր ֆինանսական օժանդակության քաղաքականությունը, ծրագրերի մասին տեղեկատվությունը և դիմումի նյութերը հասանելի են մեր կայքում կամ հեռախոսով: Դուք կարող եք օգնություն ստանալ ցանկացած պատճառի հիման վրա, այդ թվում՝ հաշմանդամության և լեզվական օգնության: Թարգմանված գրավոր փաստաթղթերը հասանելի են ըստ պահանջի:

Մեզ հետ կարող եք կապվել հետևյալ կերպով՝ <https://www.providence.org/obp>
Հաճախորդների սպասարկման ներկայացուցիչների հետ 503-215-3030 կամ 866-747-2455
հեռախոսահամարներով
Երկուշաբթիից ուրբաթ, ժ. 8:00 – 17:00

Որպեսզի ձեր դիմումին ընթացք տրվի, դուք պետք է ներկայացնեք.

- **Ձեր ընտանիքի մասին տեղեկատվություն**
Նշեք Ձեր ընտանիքում ապրող անդամների թիվը (ընտանիքը ներառում է մարդկանց, որոնք կապված են միմյանց հետ ծննդի, ամուսնության կամ որդեգրման հիման վրա և ապրում են միասին)
- **Տեղեկատվություն Ձեր ընտանիքի համախառն ամսական եկամտի (եկամուտը մինչև հարկերը և պահումները) մասին, ներառելով վճարման կտրոնները, W-2 ձևերը, հարկային եկամուտները, սոցիալական ապահովության պարզավճարների նամակները և այլն:**
(լրացուցիչ օրինակներ կարող եք տեսնել ֆինանսական օժանդակության դիմումի եկամուտներ բաժնում)
- **Ընտանիքի եկամուտները և հիմնական միջոցները հաստատող փաստաթղթեր**
- **Կցեք լրացուցիչ տեղեկատվություն անհրաժեշտության դեպքում**
- **Ստորագրեք ֆինանսական օժանդակության ձևը և նշեք ամսաթիվը**



Ծանոթություն. Ֆինանսական օժանդակության համար դիմելիս **Դուք չեք պարտադրվում տրամադրել Սոցիալական Ապահովության համարը:** Ձեր Սոցիալական Ապահովության համարը տրամադրելիս արագացվում է դիմումի մշակման ընթացքը: Սոցիալական Ապահովության համարները մեզ հարկավոր են տրամադրված տեղեկատվությունը ստուգելու համար: Եթե չունեք Սոցիալական Ապահովության համար, ապա նշեք «ոչ կիրառելի» կամ «Ո՛Կ»

Լրացված դիմումը բոլոր փաստաթղթերի հետ միասին փոստով ուղարկեք հետևյալ հասցեով. PH&S Regional Business Office, P.O. Box 3299 Portland, OR 97208-3395: Փաստաթղթերի պատճեն պահեք Ձեզ համար:

Ձեր լրացված դիմումը անձամբ հանձնելու համար. Ներկայացրեք մոտակա Հիվանդանոցի Գանձապահական Գրասենյակ

Մենք կտեղեկացնենք Ձեզ իրավասության և վերաքննիչ իրավունքների՝ դրանց կիրառելիության դեպքում, վերջնական որոշման մասին 30 օրվա ընթացքում՝ ամբողջական ֆինանսական օժանդակության համար դիմումը և եկամուտը հաստատող փաստաթղթերը ստանալուց հետո:

Ներկայացնելով ֆինանսական օժանդակության դիմումը, **Դուք տալիս եք Ձեր համաձայնությունը,** որպեսզի մենք կատարենք ֆինանսական պարտավորությունները և տեղեկատվությունը հաստատելու վերաբերյալ անհրաժեշտ հարցումներ:

**Մենք ցանկանում ենք օգնել: Խնդրում ենք անհապաղ ներկայացնել Ձեր դիմումը:
Դուք կարող եք ստանալ հաշիվները, մինչ մենք ստանանք Ձեր տեղեկատվությունը:**

Բարեգործական խնամքի/Ֆինանսական օժանդակության դիմումի ձևը - գաղտնի

Խնդրում ենք ամբողջությամբ լրացնել տեղեկատվությունը: Եթե այն կիրառելի չէ, ապա նշեք «Ո՛Կ»:

Անհրաժեշտության դեպքում կցեք լրացուցիչ էջեր:

ՀԵՏԱԶՈՏԱԿԱՆ ՏԵՂԵԿԱՏՎՈՒԹՅՈՒՆ

Դուք ունե՞ք թարգմանչի կարիք: <input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ <i>Եթե այո, նշեք նախընտրելի լեզուն.</i>
Հիվանդը դիմե՞լ է Medicaid-ի համար: <input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ
Արդյո՞ք հիվանդը օգտվում է պետական հանրային ծառայություններից, ինչպիսիք են՝ TANF-ը, Հիմնական սննդամթերքը կամ WIC-ը: <input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ
Հիվանդը ներկայումս անտու՞ն է: <input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ
Արդյո՞ք հիվանդի բժշկական օգնությունը կապված է ավտոմեքարի կամ աշխատատեղում վնասվածք ստանալու հետ: <input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ

ԽՆԴՐՈՒՄ ԵՆՔ ՀԱՇՎԻ ԱՌՆԵԼ

- Մենք չենք կարող երաշխավորել, որ Դուք կստանաք ֆինանսական օժանդակություն՝ նույնիսկ դիմելու դեպքում:
- Մեկ անգամ դիմումն ուղարկելիս մենք կարող ենք ստուգել ամբողջ տեղեկատվությունը և կարող ենք խնդրել լրացուցիչ տեղեկատվություն կամ եկամտի հաստատում:
- Լրացված դիմումն ու փաստաթղթերը ստանալուց հետո, 30 օրվա ընթացքում մենք կտեղեկացնենք Ձեզ օժանդակություն տրամադրելու հնարավորության մասին:

ՀԻՎԱՆՈՒԿ և ԴԻՄՈՐԴԻ ՄԱՍԻՆ ՏԵՂԵԿԱՏՎՈՒԹՅՈՒՆ

Հիվանդի անուն	Հիվանդի միջնանուն		Հիվանդի ազգանուն
<input type="checkbox"/> Արական <input type="checkbox"/> Իգական <input type="checkbox"/> Այլ (կարելի է նշել _____)	Ծննդյան ամսաթիվ		Հիվանդի սոցիալական ապահովության համար (ոչ պարտադիր*) <i>*ըստ ցանկության, սակայն այն անհրաժեշտ է օժանդակության ավելի մեծ հնարավորություն ստանալու համար՝ վերոնշյալ պետական օրենքի պահանջների ներքո</i>
Հաշիվը վճարելու համար պատասխանատու անձ	Հիվանդի հետ կապը	Ծննդյան ամսաթիվ	Սոցիալական Ապահովության համար (ոչ պարտադիր*) <i>*ըստ ցանկության, սակայն այն անհրաժեշտ է օժանդակության ավելի մեծ հնարավորություն ստանալու համար՝ վերոնշյալ պետական օրենքի պահանջների ներքո</i>
Փոստային հասցե			Հիմնական կոնտակտային համար(ներ) () _____ () _____
Քաղաք	Նահանգ	Փոստային ինդեքս	Էլեկտրոնային փոստի հասցե.

Հաշվի վճարման համար պատասխանատու անձի զբաղվածության կարգավիճակը

Աշխատող (աշխատանքի ընդունման ամսաթիվը՝ _____) Գործազուրկ (որքան ժամանակ է գործազուրկ՝ _____)

Ինքնազբաղված Ուսանող Անաշխատունակ Թոշակառու Այլ (_____)

Բարեգործական խնամքի/Ֆինանսական օժանդակության դիմումի ձև - գաղտնի

ՏԵՂԵԿԱՏՎՈՒԹՅՈՒՆ ԸՆՏԱՆԻՔԻ ՄԱՍԻՆ

Նշեք Ձեզ հետ ապրող ընտանիքի անդամներին, ներառյալ Ձեզ: «Ընտանիքը» ներառում է մարդկանց, որոնք կապված են միմյանց հետ ծննդի, ամուսնության կամ որդեգրման հիման վրա և ապրում են միասին:

ԸՆՏԱՆԻՔԻ ՉԱՓԸ _____

Անհրաժեշտության դեպքում կցեք լրացուցիչ էջեր:

Անուն	Ծննդյան ամսաթիվ	Հիվանդի հետ կապը	Եթե 18 տարեկան է կամ ավել: Աշխատողի(ների) անունը և եկամտի աղբյուրը	Եթե 18 տարեկան է կամ ավել: Ընդհանուր համախառն ամսական եկամուտը (մինչև հարկումը)	Նան դիմում ե՞ք ֆինանսական օժանդակության համար:
					Այո / Ոչ
					Այո / Ոչ
					Այո / Ոչ
					Այո / Ոչ

Ընտանիքի բոլոր չափահաս անդամների եկամուտները պետք է ներկայացվեն: Եկամտի աղբյուրը ներառում է, օրինակ՝

- Աշխատավարձ - Գործազրկություն - Ինքնազբաղվածություն - Աշխատողի փոխհատուցում
- Անաշխատունակություն - SSI (Սոցիալական ապահովության եկամուտ) - Երեխայի/կողակցի համար նպաստ
- Աշխատանքային ուսումնական ծրագրեր (ուսանողների) - Թոշակ - Կենսաթոշակային բաշխման հաշիվ
- Այլ (խնդրում ենք պարզաբանել _____)

ԵԿԱՄՏԻ ՄԱՍԻՆ ՏԵՂԵԿԱՏՎՈՒԹՅՈՒՆ

ՀԻՇԵՔ Ձեր դիմումի հետ պետք է ներկայացնեք եկամտի ապացույց:

Դուք պետք է ներկայացնեք Ձեր ընտանիքի եկամտի մասին տեղեկատվություն: Եկամտի հաստատումը հարկավոր է ֆինանսական օժանդակությունը որոշելու համար:

Ընտանիքի 18 տարեկան կամ ավել տարիքի բոլոր անդամները պետք է ներկայացնեն իրենց եկամուտը: Եթե չեք կարող տրամադրել փաստաթղթեր, ապա կարող եք ներկայացնել Ձեր եկամուտը նկարագրող գրավոր ստորագրված տեղեկանք: Խնդրում ենք տրամադրել յուրաքանչյուր ներկայացված եկամտի աղբյուրի ապացույց:

Եկամտի ապացուցման օրինակները ներառում են.

- «W-2» պահումների մասին քաղվածք, կամ
- Աշխատավարձի ստացման անդորրագրեր (3 ամսվա), կամ
- Անցյալ տարվա եկամտահարկի հարկագրեր, ներառյալ տեղեկագրերը, եթե կիրառելի է, կամ
- Գրավոր, ստորագրված տեղեկանքներ գործատուներից կամ ուրիշներից, կամ
- Medicaid-ի և/կամ պետական ֆինանսավորմամբ բժշկական օգնություն ստանալու իրավասության հաստատում/մերժում, կամ
- Գործազրկության փախհատուցում ստանալու իրավասության հաստատում/մերժում:

Եթե չունեք եկամտի ապացույց կամ չունեք եկամուտ, խնդրում ենք կցել բացատրական լրացուցիչ էջ:

Բարեգործական խնամքի/Ֆինանսական օժանդակության դիմումի ձև - գաղտնի

ՕԱՒՄԵՐԻ ՄԱՍԻՆ ՏԵՂԵԿԱՏՎՈՒԹՅՈՒՆ

Մեզ հարկավոր է այս տեղեկատվությունը՝ Ձեր ֆինանսական դրության առավել ամբողջական պատկերը ստանալու համար:

Ամսական Կենցաղային ծախսեր:

Վարձակալական/հիփոթեքային	\$ _____	Բժշկական ծախսեր	\$ _____
Ապահովագրավճարներ	\$ _____	Կոմունալ վճարներ	\$ _____
Այլ պարտքեր/ծախսեր	\$ _____	<i>(երեխայի համար նպաստ, վարկեր, դեղամիջոցներ, այլ)</i>	

ՀԻՄՆԱԿԱՆ ՄԻՋՈՑԻ ՄԱՍԻՆ ՏԵՂԵԿԱՏՎՈՒԹՅՈՒՆ

Այս տեղեկատվությունը հարկավոր է, եթե Ձեր եկամուտը գերազանցում է Դաշնային աղքատության ուղեցույցի 101%-ը:

Հաշվեկշռի ընթացիկ ստուգում \$ _____ Ընթացիկ խնայողական հաշվեկշիռ \$ _____	Արդյո՞ք ձեր ընտանիքն ունի այլ միջոցներ: <u>Խնդրում ենք նշել բոլոր կիրառելիները</u> <input type="checkbox"/> Բաժնետոմսեր <input type="checkbox"/> Փոխառության տոմսեր <input type="checkbox"/> 401K <input type="checkbox"/> Բժշկական խնայողական հաշիվ(ներ) <input type="checkbox"/> Հավատարմագրային հիմնադրամ(ներ) <input type="checkbox"/> Անշարժ գույք (բացի առաջնային բնակության) <input type="checkbox"/> Սեփական բիզնես
--	--

ԼՐԱՑՈՒՑԻՉ ՏԵՂԵԿԱՏՎՈՒԹՅՈՒՆ

Խնդրում ենք կցել լրացուցիչ էջ, եթե ունեք Ձեր ֆինանսական դրությունը ներկայացնող այլ տեղեկատվություն, որը ցանկանում եք ներկայացնել մեզ, օրինակ՝ ֆինանսական դժվարությունները, հավելյալ բժշկական ծախսերը, սեզոնային կամ ժամանակավոր եկամուտը կամ անձնական կորուստը:

ՀԻՎԱՆԴԻ ՀԱՄԱՁԱՅՆՈՒԹՅՈՒՆ

Ես հասկանում եմ, որ Providence Health and Services ծրագիրը կարող է ստուգել տեղեկատվությունը, վարկային տեղեկատվությունը վերանայելով և այլ աղբյուրներից տեղեկատվություն ստանալով, որպեսզի օգնի ֆինանսական օժանդակություն ստանալու կամ վճարային ծրագրերից օգտվելու հնարավորության որոշմանը:

Ես հաստատում եմ, որ վերը նշված տեղեկատվությունը արժանահավատ և ճիշտ է՝ ըստ իմ իմացության: Ես հասկանում եմ, որ՝ իմ կողմից ներկայացված ֆինանսական տեղեկատվության կեղծ լինելու դեպքում ֆինանսական օժանդակության տրամադրումը կմերժվի, և ես կարող եմ պատասխանատվություն կրել ու վճարել մատուցված ծառայությունների դիմաց:

Դիմող անձի ստորագրությունը

Ամսաթիվը