

## Ljubavi skrbi/financijske pomoći obrazac upute za primjenu

Ovo je zahtjev za financijsku pomoć (također poznat kao ljubavi skrbi) u Providence zdravlje i usluge.

Federalni i državni zakon zahtijeva sve bolnice pružiti financijsku pomoć osobama i obiteljima koji zadovoljavaju određene uvjete prihoda. Vi svibanj kvalificirati za besplatno skrb ili smanjena cijena skrbi na temelju veličine obitelji i prihod, čak i ako imate zdravstveno osiguranje. Pogledaj pravila financijske pomoći i tobogan razmjera smjernice, molimo idite na nalaze državne web stranice iz <https://www.providence.org/obp>.

**Što obuhvaća financijsku pomoć?** Medicinski financijsku pomoć pokriva medicinski nužan bolničku njegu koje jedan naše bolnice ovisno o Vašu podobnost. Financijska potpora može pokriti sve zdravstvene troškove, uključujući usluge drugih organizacija.

**Ako imate pitanja ili trebate pomoć završetka ovog programa:** naše financijske pomoći politike, informacije o programima i materijale za prijavu su dostupni na našoj web stranici ili putem telefona. Pomoć mogu dobiti iz bilo kojeg razloga, uključujući osobe s invaliditetom i pomoć. Preveo pisani dokumenti dostupni na zahtjev. Evo kako nas kontaktirati: <https://www.providence.org/obp>  
Predstavnik na: 503-215-3030 ili 866-747-2455  
Ponedjeljak-petak 8:00 do 5:00 sati

### **Kako bi vaš zahtjev će biti obrađen, morate:**

- Nam dati podatke o vašoj obitelji**  
Upišite broj članova obitelji u vašem kućanstvu (obitelj uključuje ljude vezane uz rođenje, brak i usvajanje koji žive zajedno)
- Nam dati podatke o svojoj obitelji bruto mjesečna prihoda (dobit prije poreza i odbitaka) na uključuju platiti, W-2 oblika, porez, socijalno osiguranje nagrade slova, itd.**  
(vidjeti financijske pomoći aplikacija dio prihoda za više primjera)
- Osigurati dokumentaciju za obiteljski prihod i proglasiti imovine**
- Priložite dodatne informacije ako je potrebno**
- Potpis i Datum financijske pomoći obrazac**

**Napomena: Ne morate unijeti JMBG da se prijave za financijsku pomoć.** Ako nam dostavite svoj broj socijalnog osiguranja pomoći će ubrzati obradu vašeg zahtjeva. Socijalno osiguranje se koriste za provjeru informacija koje ste nam pružili. Ako nemate zdravstveno osiguranje, Molimo označite "nije primjenjivo" ili "NA."

**Pošte ili faksa ispunjen zahtjev sa svom dokumentacijom za:** PH i S regionalni poslovni ured, poštanski pretinac 3299 Portland, OR 97208-3395. Obavezno zadržite jedan primjerak.

**Dostaviti ispunjen zahtjev osobno:** odvesti u najbližu bolnicu blagajnik ured

Obavijestit ćemo vas od konačnog određivanja podobnosti i žalba prava, ako je moguće, u roku od 30 dana od primitka potpune financijske pomoći aplikacija, uključujući dokumentaciju prihoda.

Slanjem zahtjev za financijsku pomoć, dajete pristanak da neophodne upite kako bi potvrdili financijske obveze te informacije.

**Želimo pomoći. Molimo pošaljite vaš zahtjev odmah! Račune možete primiti dok ne zaprimimo vaše podatke.**

## Ljubavi skrbi/financijska pomoć obrazac zahtjeva – povjerljive

Molimo vas da potpuno ispunite sve podatke. Ako ne odnosi, pisati "NA." Priložite dodatne stranice po potrebi.

### PRIKAZIVANJE INFORMACIJA

Trebate li tumača?  Da  Ne Ako da, popis željeni jezik:

Je pacijent primjenjuje za Medicaid?  Da  Ne

Pacijent prima državne javne usluge kao što su TANF, osnovna hrana ili WIC?  Da  Ne

Je pacijent trenutno beskućnik?  Da  Ne

Je bolesnika medicinska skrb treba vezane uz auto nesreća ili rad ozljede?  Da  Ne

### NAPOMENA:

- Ne možemo jamčiti da će se kvalificirati za financijsku pomoć, čak i ako se primjenjuju.
- Nakon slanja u vaš zahtjev, možete provjeriti sve informacije i zatražiti dodatne informacije ili dokaz o prihodima.
- U roku od 30 dana nakon što primimo vaš ispunjen zahtjev i dokumentaciju, obavijestit će vas ako se kvalificirate za pomoć.

### INFORMACIJE O PACIJENTU I PODNOSITELJA PRIJAVE

Pacijent ime	Bolesnika srednje ime		Pacijent prezime
<input type="checkbox"/> Muški <input type="checkbox"/> Muški <input type="checkbox"/> Drugo (možete navesti _____)	Datum rođenja		Pacijent broj socijalnog osiguranja (opcija *)  * opcija, ali potrebnih za više velikodušnoj pomoći iznad državni zakon zahtjeva
Osoba odgovorna za plaćanje računa	Odnos prema pacijentu	Datum rođenja	Broj socijalnog osiguranja (opcija *)  * opcija, ali potrebnih za više velikodušnoj pomoći iznad državni zakon zahtjeva
Poštanska adresa _____ _____	Grad _____ Država _____ poštanski broj _____		Glavni kontakt brojeve ( ) _____ ( ) _____ Email Address: _____
Zaposlenosti osoba odgovorna za plaćanje računa <input type="checkbox"/> Zaposleni (Datum zapošljavanja: _____) <input type="checkbox"/> Nezaposleni (koliko dugo nezaposleni: _____) <input type="checkbox"/> Samostalno zaposlen <input type="checkbox"/> Učenik <input type="checkbox"/> S invaliditetom <input type="checkbox"/> U mirovini <input type="checkbox"/> Druge ( _____ )			

### OBITELJSKE INFORMACIJE

Popis članova obitelji u kućanstvu, uključujući i vas. "Obitelj" uključuje ljude vezane uz rođenje, brak i usvajanje koji žive zajedno.

VELIČINA OBITELJI \_\_\_\_\_

Priložite dodatne stranice po potrebi

Ime	datum rođenja	Odnos prema pacijentu	Ako 18 godina ili stariji: Employer(s) naziv ili izvor prihoda	Ako 18 godina ili stariji: Ukupno bruto mjesečna primanja (prije oporezivanja):	I prijave za financijsku pomoć?
					Da / Ne
					Da / Ne
					Da / Ne
					Da / Ne

Svi odrasli članovi obitelji prihoda moraju biti dostupni. Izvori prihoda uključuju, primjerice:

- Plaće - Nezaposlenosti - Samozapošljavanja - Radnika na naknadu - Osobe s invaliditetom - SSI - Podrška djeteta/supružnika
- Rad studijskih programa (studenti) - Smještaj - Odlazak u mirovinu račun distribucija - Ostali (objasniti \_\_\_\_\_)

## Ljubavi skrbi/financijska pomoć obrazac zahtjeva – povjerljive

### PRIHODA INFORMACIJE

*Zapamti: Mora sadržavati dokaz o prihodima s aplikacijom.*

**Morate pružiti informacije o prihod vaše obitelji. Provjera prihoda potrebno je utvrditi financijske pomoći. Svi članovi obitelji 18 godina ili stariji mora otkriti svoje prihode. Ako ne možete osigurati dokumentaciju, može podnijeti pisanu potpisana izjava s opisom vaših prihoda. Ugoditi osigurati dokaz za svaki identificirani izvor prihoda. Primjeri dokaza o prihodima:**

- "W-2" prikrivanja gubitka; ili
- Struja plaćanju (3 mjeseca); ili
- Prošle godine porezne prijave, uključujući i raspored ako je primjenjivo; ili
- Napisao, potpisane izjave od poslodavaca ili drugih; ili
- Odobrenja/uskraćivanja podobnost za Medicaid i/ili država financira medicinska pomoć; ili
- Odobravanje/odbijanje prihvatljivosti za nezaposlene.

Ako nema dokaza o prihodima ili bez prihoda, molimo vas da priložite dodatne stranice s objašnjenjem.

### INFORMACIJA O TROŠKOVIMA

*Ove podatke koristimo kako bismo dobili potpuniju sliku svoju financijsku situaciju.*

Mjesečni kućanske troškove:

Najam/hipoteka	\$ _____	Medicinski troškovi	\$ _____
Premije osiguranja	\$ _____	Korisni programi	\$ _____
Drugih dugova/troškova	\$ _____	(alimentaciju, krediti, lijekovi, ostali)	

### PODATKE O SREDSTVU

*Ove informacije mogu se koristiti ako vaš prihod je 101% smjernica savezne siromaštva.*

Trenutni saldo tekućeg računa

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

Bilanca tekućeg računa štednje

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

Vi imate te druge imovine?

**Molimo označite sve što vrijedi**

- Dionice    Obveznice    401K    Zdravlje Štedni račun    Trust(s)  
 Nekretnine (osim primarnog stanovanja)    Vlastiti posao

### DODATNE INFORMACIJE

Molimo vas da priložite dodatne stranice ako nema drugih informacija o trenutnoj financijskoj situaciji tako da znamo, kao što su financijskih teškoća, pretjeran medicinski troškovi, sezonski ili privremeno prihoda ili osobni gubitak.

### PACIJENT SPORAZUMA

Ja razumijem da Providence zdravlje i usluge mogu provjeriti informacije pregled kreditne informacije i dobivanje informacija iz drugih izvora kako bi pomogli u utvrđivanju podobnosti za financijsku pomoć ili plaćanje planove.

Potvrđujem da su gore navedeni podaci je istiniti i točni u najboljem znanju. Razumijem ako financijske informacije dajem da je lažan, rezultat možda uskraćivanjem financijske pomoći, a možda i očekuje da će platiti za usluge.

\_\_\_\_\_  
Potpis osobe koja primjenjuje

\_\_\_\_\_  
Datuma