

Nächstenliebe Pflege/finanzielle Unterstützung Form Anwendungshinweise

Dies ist ein Antrag auf finanzielle Unterstützung (auch bekannt als Charity Care) bei Providence Health and Services.

Bundes- und Gesetz verlangt von allen Krankenhäusern zur finanziellen Unterstützung Personen und Familien, die bestimmte Einkommen Anforderungen erfüllen. Sie möglicherweise Anspruch auf kostenlose Pflege oder verbilligte Pflege anhand Ihrer Familiengröße und Einkommen, auch wenn Sie krankenversichert sind. Um unsere finanzielle Unterstützung Politik anzuzeigen und schieben Sie Skala Leitlinien, gehen Sie bitte zu ansässigen staatlichen Website von <https://www.providence.org/obp>.

Was deckt finanzieller Unterstützung? Die medizinische finanzielle Unterstützung umfasst medizinisch notwendige Krankenhausbehandlung von einem unserer Krankenhäuser, je nach Ihrer Eignung zur Verfügung gestellt. Finanzielle Unterstützung kann nicht alle Kosten im Gesundheitswesen, einschließlich Leistungen von anderen Organisationen schaffen..

Wenn Sie Fragen haben oder benötigen Hilfe zum Ausfüllen dieser Anwendung: unsere finanzielle Unterstützung Richtlinien, Informationen über die Programme und die Bewerbungsunterlagen finden Sie auf unserer Website oder per Telefon. Aus irgendeinem Grund, einschließlich Invalidität und sprachliche Unterstützung erhalten Sie unter Hilfe. Übersetzt von schriftlichen Unterlagen auf Anfrage erhältlich. Hier ist wie Sie uns erreichen:

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

Kundendienstmitarbeiter an: 503-215-3030 oder 866-747-2455

Montag-Freitag 08:00 bis 17:00

Damit Ihre Anwendung verarbeitet werden müssen Sie:

- Geben Sie uns Informationen über Ihre Familie**
Geben Sie die Anzahl der Familienmitglieder in Ihrem Haushalt (Familie umfasst Personen, die im Zusammenhang mit durch Geburt, Heirat oder Adoption Zusammenleben)
- Geben Sie uns Informationen über Ihre Familie monatliche Bruttoeinkommen (Einkommen vor Steuern und Abgaben) auf Gehaltsabrechnungen, w-2 Formulare, Steuererklärungen, Sozialversicherung awards, Briefe, etc.**
(sehen Sie finanzielle Unterstützung Anwendung Einkommen Abschnitt für mehr Beispiele)
- Unterlagen für Familie Einkommen und Vermögen zu deklarieren**
- Anhängen Sie weitere Informationen bei Bedarf**
- Die Finanzhilfe Form zu datieren und zu unterschreiben**

Hinweis: Sie müssen keinen bieten eine Sozialversicherungsnummer, finanzielle Unterstützung beantragen. Wenn Sie uns Ihre Sozialversicherungsnummer angeben hilft es die Bearbeitung Ihres Antrags zu beschleunigen. Sozialversicherungsnummern dienen uns zur Verfügung gestellten Informationen zu überprüfen. Wenn Sie keine Sozialversicherungsnummer haben, markieren Sie bitte "nicht zutreffend" oder "Na"

E-Mail abgeschlossen-Anwendung mit allen Unterlagen zu: PH & S regionale Geschäftsstelle, p.o. Box 3299 Portland, OR 97208-3395. Achten Sie darauf, eine Kopie für sich selbst behalten.



Nächstenliebe Pflege/finanzielle Unterstützung Form Anwendungshinweise

Zu Ihren ausgefüllten Antrag persönlich stellen: ergreifen, um Ihre nächstgelegene Krankenhaus-Kasse.

Wir benachrichtigen Sie der endgültigen Festlegung der Förderfähigkeit und Berufung Rechte, falls zutreffend, innerhalb von 30 Tagen eine vollständige finanzielle Hilfe Bewerbung, einschließlich der Dokumentation des Einkommens. Mit dem Absenden einer Finanzhilfe-Anwendung, geben Sie Ihr Einverständnis für uns notwendige Untersuchungen machen, finanzielle Verpflichtungen und Informationen zu bestätigen.

Wir wollen dazu beitragen. Bitte bewerben Sie sich umgehend! Sie können Rechnungen erhalten, bis wir Ihre Informationen erhalten.



Nächstenliebe Pflege/Financial Assistance Antragsformular – vertraulich

Bitte füllen Sie alle Angaben vollständig. Wenn es nicht zutrifft, schreiben Sie "Na" Bei Bedarf Anhängen Sie zusätzliche Seiten.

BILDSCHIRMINFORMATIONEN	
Brauchen Sie einen Dolmetscher? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, bevorzugte Liste Sprache:	
Hat der Patient für Medicaid angewendet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Erhält der Patient Staat öffentliche Dienste wie TANF, Grundnahrungsmittel oder WIC Erhält der Patient Staat öffentliche Dienste wie TANF, Grundnahrungsmittel oder WIC? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Ist der Patient derzeit obdachlos? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Im Zusammenhang mit einem Auto Unfall oder Arbeit Verletzungen ist des Patienten medizinische Versorgung benötigen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
BITTE BEACHTEN SIE	
<ul style="list-style-type: none"> Wir können nicht garantieren, dass Sie für eine finanzielle Unterstützung in Frage kommen, auch wenn Sie sich bewerben Wir können nicht garantieren, dass Sie für eine finanzielle Unterstützung in Frage kommen, auch wenn Sie sich bewerben. Sobald Sie in Ihrer Anwendung senden, wir können alle Informationen prüfen und bitten um zusätzliche Informationen oder Einkommensnachweis. Innerhalb von 30 Tagen nach Ihrer vollständigen Bewerbungsunterlagen und Dokumentation Erhalt, werden wir Sie benachrichtigen wenn Sie auf Unterstützung Anspruch Innerhalb von 30 Tagen nach Ihrer vollständigen Bewerbungsunterlagen und Dokumentation Erhalt, werden wir Sie benachrichtigen wenn Sie auf Unterstützung Anspruch. 	

INFORMATIONEN ZU PATIENTEN UND ANTRAGSTELLERN			
Vorname des Patienten	Patient zweiter Vorname		Nachname des Patienten
<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> Sonstiges (kann _____ angeben)	Geburtsstag		Sozialversicherungsnummer des Patienten (optional *) * optional, aber erforderlich für großzügigere Unterstützung über den gesetzlichen Anforderungen
Verantwortliche Person für die Bezahlung der Rechnung	Beziehung zum Patienten	Geburtsstag	Sozialversicherungsnummer (optional *) * optional, aber erforderlich für großzügigere Unterstützung über den gesetzlichen Anforderungen
Postanschrift			Hauptkontaktnummer (n) () _____ () _____ E-Mail-Adresse: _____
Stadt	Staat		
Postleitzahl			
Beschäftigungsstatus der für die Zahlung der Rechnung zuständigen Person			
<input type="checkbox"/> Angestellt (Datum der Anstellung: _____) <input type="checkbox"/> Arbeitslose <input type="checkbox"/> Selbstständig <input type="checkbox"/> Student <input type="checkbox"/> Behinderte <input type="checkbox"/> Pensioniert <input type="checkbox"/> Sonstiges (_____)			

Nächstenliebe Pflege/Financial Assistance Antragsformular – vertraulich

FAMILIEN INFORMATION					
Liste der Familienmitglieder in Ihrem Haushalt, auch für Sie. "Familie" gehören Personen, die im Zusammenhang mit durch Geburt, Heirat oder Adoption Zusammenleben.					
FAMILIENGRÖSSE _____			Bei Bedarf Anhängen Sie zusätzliche Seite		
Name	Geburtsdatum	Beziehung zum Patienten	Wenn 18 Jahre alt oder älter: Arbeitgeber Name oder Einnahmequelle	Wenn 18 Jahre alt oder älter: Gesamt Brutto-Monatseinkommen (vor Steuern): Wenn 18 Jahre alt oder älter: Gesamt Brutto-Monatseinkommen (vor Steuern):	Auch finanzielle Unterstützung beantragen?
					Ja / Nein
					Ja / Nein
					Ja / Nein
					Ja / Nein

Alle erwachsenen Familienangehörigen Einkommen offengelegt werden muss. Einkommensquellen zählen zum Beispiel:
 - Löhne - Arbeitslosigkeit - Selbständigkeit - Arbeitnehmerentschädigung - Behinderung - SSI - Unterstützung durch Kinder / Ehepartner
 - Arbeitsprogramme (Studenten) - Rente - Altersgutschriftverteilungen - Sonstiges (bitte erläutern _____)

EINNAHMEN INFORMATIONEN
<i>Denken Sie daran: Sie müssen mit Ihrer Anwendung Einkommensnachweis einschließen Denken Sie daran: Sie müssen mit Ihrer Anwendung Einkommensnachweis einschließen.</i>
<p>Sie müssen Informationen über Ihre Familie Einkommen. Einkommen-Überprüfung ist erforderlich, um finanzielle Unterstützung zu bestimmen.</p> <p><u>Alle Familienmitglieder müssen 18 Jahre alt oder älter ihr Einkommen offenlegen. Wenn Sie Unterlagen vorlegen können, können Sie eine schriftliche unterzeichnete Erklärung über Ihr Einkommen einreichen. Bitte Nachweis für jeden identifizierten Einkommensquelle. Beispiele für Einkommensnachweis:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • eine "W-2" -Hinweisungserklärung; oder • Aktuelle Gehaltsabrechnungen (3 Monate); oder • Einkommensteuererklärung des letzten Jahres, einschließlich Zeitplänen oder • schriftliche, unterschriebene Erklärungen von Arbeitgebern oder anderen; oder • Genehmigung / Ablehnung der Inanspruchnahme von Medicaid und / oder staatlich finanzierter medizinischer Unterstützung; oder • Genehmigung / Ablehnung des Anspruchs auf Arbeitslosenentschädigung. <p>Wenn Sie keinen Nachweis des Einkommens oder kein Einkommen haben, fügen Sie bitte eine zusätzliche Seite mit einer Erläuterung.</p>

Nächstenliebe Pflege/Financial Assistance Antragsformular – vertraulich

KOSTEN-INFORMATIONEN

Wir verwenden diese Informationen, um ein vollständigeres Bild Ihrer finanziellen Situation zu erhalten.

Monatliche Haushaltsausgaben:

Miete / Hypothek	\$ _____	Medizinische Ausgaben	\$ _____
Versicherungsprämien	\$ _____	Dienstprogramme	\$ _____
Sonstige Schulden / Aufwendungen	\$ _____ (Kindergeld, Darlehen, Medikamente, andere)		

ASSET INFORMATIONEN

Diese Informationen können verwendet werden, wenn Ihr Einkommen mehr als 101 % von den Richtlinien des Bundes Armut ist.

Aktuelles Girokonto Guthaben

\$ _____

Sparkonto Leistungsbilanz

\$ _____

Ihre Familie ist haben diese andere Vermögenswerte?

Überprüfen Sie bitte alle zutreffenden

- Aktien Anleihen 401K Spareinlagen des Gesundheitswesens
 Immobilien (ohne Hauptwohnsitz) Eigenes Unternehmen

ZUSÄTZLICHE INFORMATION

Bitte fügen Sie eine zusätzliche Seite, gibt es andere Informationen über Ihre aktuelle finanzielle Situation, die Sie, dass wir wissen, wie eine finanzielle Härte, überhöhte Krankheitskosten, saisonale möchten oder temporäre Einkommen oder persönlichen Verlust.

PATIENTENVEREINBARUNG

Mir ist bekannt, dass Providence Health and Services Informationen überprüfen kann, indem Kreditinformationen überprüft und Informationen aus anderen Quellen eingeholt werden, um die Berechtigung für finanzielle Unterstützung oder Zahlungspläne zu bestimmen.

Ich versichere, dass die oben genannten Informationen nach bestem Wissen wahr und richtig sind. Ich verstehe, wenn die von mir angegebenen Finanzinformationen als falsch eingestuft werden, das Ergebnis die Verweigerung der finanziellen Unterstützung sein kann und ich für die erbrachten Dienstleistungen verantwortlich bin und davon zahlen werde.

Unterschrift des Antragsteller

Datum