

Φροντίδα/οικονομική βοήθεια μορφή οδηγίες εφαρμογής φιλανθρωπία

Αυτή είναι μια αίτηση για οικονομική αρωγή (επίσης γνωστή ως φιλανθρωπική π Ορίθαλψη) πρόνοια υγείας και τις υπηρεσίες.

Ομοσπονδιακή και πολιτειακή νομοθεσία απαιτεί όλα τα νοσοκομεία για την παροχή χρηματοδοτικής συνδρομής σε άτομα και οικογένειες που πληρούν ορισμένες προϋποθέσεις εισοδήματος. Μπορεί να δικαιούστε δωρεάν περίθαλψη ή μειωμένη τιμή περίθαλψη βάσει σας μέγεθος της οικογένειας και το εισόδημα, ακόμη και αν έχετε ασφάλιση υγείας. Για να δείτε την πολιτική μας χρηματοδοτικής συνδρομής και διαφανειών κλίμακα κατευθυντήριες γραμμές, παρακαλώ πηγαίετε να κατοικούν κρατική ιστοσελίδα από <https://www.providence.org/obp>.

Τι καλύπτει η χρηματοδοτική συνδρομή; Η ιατρική χρηματοδοτική συνδρομή καλύπτει ιατρικά αναγκαία νοσοκομειακή περίθαλψη που παρέχονται από ένα από τα νοσοκομεία μας, ανάλογα με την καταλληλότητά σας. Χρηματοδοτική συνδρομή μπορεί να καλύπτει όλες τις δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένων των υπηρεσιών που παρέχονται από άλλους οργανισμούς.

Εάν έχετε ερωτήσεις ή χρειάζεστε βοήθεια για την ολοκλήρωση αυτής της εφαρμογής: Πολιτικές μας χρηματοδοτική συνδρομή, πληροφορίες σχετικά με τα προγράμματα, και τα υλικά εφαρμογής είναι διαθέσιμα στην ιστοσελίδα μας ή μέσω τηλεφώνου. Μπορείτε να αποκτήσετε βοήθεια για οποιονδήποτε λόγο, συμπεριλαμβανομένων της αναπηρίας και γλωσσική συνδρομή. Μεταφρασμένα έγγραφα κατόπιν αιτήματος. Πολιτικές μας χρηματοδοτική συνδρομή, πληροφορίες σχετικά με τα προγράμματα, και τα υλικά εφαρμογής είναι διαθέσιμα στην ιστοσελίδα μας ή μέσω τηλεφώνου. Μπορείτε να αποκτήσετε βοήθεια για οποιονδήποτε λόγο, συμπεριλαμβανομένων της αναπηρίας και γλωσσική συνδρομή. Μεταφρασμένα έγγραφα κατόπιν αιτήματος. Εδώ είναι πώς να επικοινωνήσετε μαζί μας Εδώ είναι πώς να επικοινωνήσετε μαζί μας:

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

Οι αντιπρόσωποι εξυπηρέτησης πελατών στο: 503-215-3030 ή 866-747-2455

Δευτέρα-Παρασκευή 8:00 π.μ. έως 5:00 μ.μ. Δευτέρα-Παρασκευή 8:00 π.μ. έως 5:00 μ.μ.

Προκειμένου για την εφαρμογή σας για επεξεργασία, θα πρέπει να:

- Μας παρέχετε πληροφορίες σχετικά με την οικογένειά σας**
Συμπληρώστε τον αριθμό των μελών της οικογένειας στο νοικοκυριό σας (η οικογένεια περιλαμβάνει άτομα που σχετίζονται με τη γέννηση, γάμος ή υιοθεσία που ζουν μαζί)
- Μας παρέχουν πληροφορίες σχετικά με ακαθάριστο μηνιαίο εισόδημα (το εισόδημα προ φόρων και κρατήσεων) της οικογένειάς σας για να συμπεριλάβετε την επέκταση πληρώσει, έντυπα w-2, φορολογικών δηλώσεων, κοινωνική ασφάλιση βραβεία γράμματα, κλπ**
(Δείτε εφαρμογή χρηματοδοτική βοήθεια τμήμα εισοδήματος για περισσότερα παραδείγματα)
- Παροχή τεκμηρίωσης για οικογενειακό εισόδημα και να δηλώσουν περιουσιακά στοιχεία**
- Εάν χρειάζεται να επισυνάψετε πρόσθετες πληροφορίες**
- Υπογράψετε και να χρονολογήσετε τη μορφή χρηματοδοτικής συνδρομής**

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Δεν έχετε να παρέχουν αριθμό κοινωνικής ασφάλισης να υποβάλουν αίτηση για οικονομική βοήθεια.

Εάν μας παράσχετε αριθμό κοινωνικής ασφάλισης σας θα βοηθήσει να επιταχύνετε την επεξεργασία της αίτησής σας. Αριθμοί κοινωνικής ασφάλισης που χρησιμοποιούνται για την επαλήθευση των πληροφοριών που παρέχονται σε εμάς. Εάν δεν έχετε αριθμό Κοινωνικής Ασφάλισης, παρακαλούμε σημειώστε «δεν εφαρμόζεται» ή «Να»

Εφαρμογή ηλεκτρονικού ταχυδρομείου που ολοκληρώθηκε με όλα τα έγγραφα προς: PH & S περιφερειακό επιχειρησιακό γραφείο, Τ.Θ. 3299 Portland, OR 97208-3395. Να είστε βέβαιος να κρατήσει ένα αντίγραφο για τον εαυτό σας.

Φροντίδα/οικονομική βοήθεια μορφή οδηγίες εφαρμογής φιλανθρωπία

Να υποβάλετε την συμπληρωμένη αίτηση αυτοπροσώπως: να σας πλησιέστερη νοσοκομείου στο Ταμείο

Θα σας ενημερώσουμε από τον τελικό προσδιορισμό της επιλεξιμότητας και την έκκληση των δικαιωμάτων, κατά περίπτωση, εντός 30 ημερών από την παραλαβή αίτησης μια πλήρη οικονομική βοήθεια, συμπεριλαμβανομένης τεκμηρίωσης του εισοδήματος.

Από την υποβολή αίτησης χρηματοδοτικής συνδρομής, δίνετε τη συναίνεσή σας για εμάς να κάνουμε ανάλογες έρευνες για να επιβεβαιώσετε τις οικονομικές υποχρεώσεις και πληροφορίες.

**Θέλουμε να βοηθήσουμε. Παρακαλούμε να υποβάλετε την αίτησή σας άμεσα!
Ενδέχεται να λάβετε τους λογαριασμούς μέχρι να λάβουμε τις πληροφορίες σας.**

Φιλανθρωπική περίθαλψη/οικονομικά βοήθεια έντυπο αίτησης – εμπιστευτικές

Παρακαλούμε συμπληρώστε όλα τα στοιχεία εντελώς. Αν δεν ισχύει, γράψτε «ΝΑ.» Αν χρειαστεί, επισυνάψτε πρόσθετες σελίδες. Παρακαλούμε συμπληρώστε όλα τα στοιχεία εντελώς. Αν δεν ισχύει, γράψτε «ΝΑ.» Αν χρειαστεί, επισυνάψτε πρόσθετες σελίδες.

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΕΛΕΓΧΟΥ			
Χρειάζεστε ένα διερμηνέα Χρειάζεστε ένα διερμηνέα; <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι Εάν Ναι, λίστα προτιμώμενη γλώσσα:			
Έχει ο ασθενής υποβάλει αίτηση για Medicaid; <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι			
Ο ασθενής λαμβάνει κρατικές δημόσιες υπηρεσίες όπως TANF, βασικά τρόφιμα ή WIC; <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι			
Ο ασθενής είναι επί του παρόντος άστεγο; <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι			
Είναι ιατρική περίθαλψη του ασθενούς πρέπει να σχετίζονται με έναν τραυματισμό ατυχήματος ή εργασία στο αυτοκίνητο; <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι			
ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ			
<ul style="list-style-type: none"> Δεν μπορούμε να εγγυηθούμε ότι θα πληροίτε τις προϋποθέσεις για οικονομική βοήθεια, ακόμα και αν εφαρμόσετε. Μόλις στείλετε στην εφαρμογή σας, ενδέχεται να ελέγχουμε όλες τις πληροφορίες και μπορεί να ζητήσει πρόσθετες πληροφορίες ή απόδειξη του εισοδήματος. Εντός 30 ημερών αφότου λάβουμε συμπληρωμένη σας αίτηση και τεκμηρίωση, θα σας ενημερώσουμε εάν είστε κατάλληλος για βοήθεια. 			
ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΑΙΤΗΣΕΩΝ			
Όνομα ασθενή	Πατρώνυμο ασθενή		Επώνυμο ασθενή
<input type="checkbox"/> Άρσενικό <input type="checkbox"/> Γυναίκα <input type="checkbox"/> Άλλο (μπορεί να διευκρινιστεί _____)	Ημερομηνία γέννησης		Ασθενής αριθμό μητρώου κοινωνικής ασφάλισης (προαιρετική *) <i>* Προαιρετικά, αλλά αναγκαία για πιο γενναιόδωρη βοήθεια πάνω από τις απαιτήσεις του κράτους δικαίου</i>
Πρόσωπο που είναι υπεύθυνο για την πληρωμή Bill	Σχέση ασθενούς Σχέση ασθενούς	Ημερομηνία γέννησης	Αριθμός κοινωνικής ασφάλισης (προαιρετικό *) <i>* Προαιρετικά, αλλά αναγκαία για πιο γενναιόδωρη βοήθεια πάνω από τις απαιτήσεις του κράτους δικαίου</i>
Ταχυδρομική διεύθυνση _____ _____ Πόλη Κατάσταση Ταχυδρομικός κώδικας			Κύρια επαφή τους αριθμούς () _____ () _____ Διεύθυνση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου: _____
Κατάσταση απασχόλησης του προσώπου που είναι υπεύθυνο για την πληρωμή bill <input type="checkbox"/> Απασχολούμενοι (ημερομηνία μίσθωσης: _____) <input type="checkbox"/> Άνεργοι (πόσο καιρό άνεργοι: _____) <input type="checkbox"/> Αυτοαπασχολούμενος <input type="checkbox"/> Φοιτητής <input type="checkbox"/> Άτομα με ειδικές ανάγκες <input type="checkbox"/> Συνταξιούχος <input type="checkbox"/> Άλλο (_____)			

Φιλανθρωπική περίθαλψη/οικονομικά βοήθεια έντυπο αίτησης – εμπιστευτικές

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Λίστα μελών της οικογένειας στο νοικοκυριό σας, συμπεριλαμβανομένων σας. «Οικογένεια» περιλαμβάνει τα άτομα που σχετίζονται με τη γέννηση, γάμος ή υιοθεσία που ζουν μαζί. Λίστα μελών της οικογένειας στο νοικοκυριό σας, συμπεριλαμβανομένων σας. «Οικογένεια» περιλαμβάνει τα άτομα που σχετίζονται με τη γέννηση, γάμος ή υιοθεσία που ζουν μαζί.

ΜΕΓΕΘΟΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ _____

Εάν χρειάζεται να επισυνάψετε πρόσθετη σελίδα

Όνομα	Ημερομηνία γέννησης	Σχέση ασθενούς	Εάν 18 ετών και άνω: ηνομοθεσία όνομα ή πηγή εισοδήματος	Εάν 18 ετών και άνω: συνολικό ακαθάριστο μηνιαίο εισόδημα (προ φόρων):	Επίσης αίτηση για χρηματοδοτική συνδρομή;
					Ναί / Όχι
					Ναί / Όχι
					Ναί / Όχι
					Ναί / Όχι

Όλα τα ενήλικα μέλη της οικογένειας εισοδήματος πρέπει να γνωστοποιούνται. Πηγές εισοδήματος περιλαμβάνουν, για παράδειγμα Όλα τα ενήλικα μέλη της οικογένειας εισοδήματος πρέπει να γνωστοποιούνται. Πηγές εισοδήματος περιλαμβάνουν, για παράδειγμα:

- Μισθοί - Ανεργία - Αυτοαπασχόληση - Αποζημίωση εργαζομένων - Αναπηρία - SSI - Υποστήριξη παιδιού / συζύγου - προγράμματα σπουδών εργασίας (φοιτητές) - σύνταξη - κατανομές λογαριασμών συνταξιοδότησης - άλλοι (εξηγήστε _____)

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΕΙΣΟΔΟΥ

Να θυμάστε: Πρέπει να συμπεριλάβετε απόδειξη του εισοδήματος με την εφαρμογή σας.

Πρέπει να δώσετε πληροφορίες για το εισόδημα της οικογένειάς σας. Επαλήθευση του εισοδήματος απαιτείται για τον καθορισμό της χρηματοδοτικής βοήθειας. Πρέπει να δώσετε πληροφορίες για το εισόδημα της οικογένειάς σας. Επαλήθευση του εισοδήματος απαιτείται για τον καθορισμό της χρηματοδοτικής βοήθειας.

Όλα τα μέλη της οικογένειας 18 ετών ή μεγαλύτερα πρέπει να αποκαλύψει τους εισοδήμα. Εάν δεν παρέχετε τεκμηρίωση, μπορείτε να υποβάλετε μια γραπτή δήλωση υπογεγραμμένη που περιγράφουν το εισόδημά σας. Παράσχετε αποδείξεις για κάθε αναγνώριση πηγής του εισοδήματος. Παραδείγματα απόδειξη του εισοδήματος Όλα τα μέλη της οικογένειας 18 ετών ή μεγαλύτερα πρέπει να αποκαλύψει τους εισοδήμα. Εάν δεν παρέχετε τεκμηρίωση, μπορείτε να υποβάλετε μια γραπτή δήλωση υπογεγραμμένη που περιγράφουν το εισόδημά σας. Παράσχετε αποδείξεις για κάθε αναγνώριση πηγής του εισοδήματος. Παραδείγματα απόδειξη του εισοδήματος:

- Μια δήλωση παρακρατήσεως "W-2". ή
- Τρέχουσες αμοιβές (3 μήνες); ή
- Πίστωση φόρου εισοδήματος του περασμένου έτους, συμπεριλαμβανομένων των χρονοδιαγραμμάτων, αν υπάρχουν · ή
- Γραπτές, υπογεγραμμένες δηλώσεις από εργοδότες ή άλλους. ή
- Έγκριση / άρνηση της επιλεξιμότητας για Medicaid ή / και κρατική χρηματοδοτούμενη ιατρική βοήθεια. ή
- Έγκριση / άρνηση της επιλεξιμότητας για αποζημίωση ανεργίας.

Εάν έχετε καμία απόδειξη του εισοδήματος ή μηδενικό εισόδημα, παρακαλείσθε να επισυνάψετε μια πρόσθετη σελίδα με μια εξήγηση.

Φιλανθρωπική περίθαλψη/οικονομικά βοήθεια έντυπο αίτησης – εμπιστευτικές

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΕΞΟΔΟΥ

Μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε αυτές τις πληροφορίες για να πάρετε μια πιο ολοκληρωμένη εικόνα της οικονομικής κατάστασής σας.

Μηνιαία έξοδα του νοικοκυριού Μηνιαία έξοδα του νοικοκυριού:

Ενοικίαση/υποθήκη \$ _____	Ιατρικά έξοδα \$ _____
Ασφάλιστρα \$ _____	Βοηθητικά προγράμματα \$ _____
Άλλα χρέους/έξοδα \$ _____ (υποστήριξη του παιδιού, δάνεια, φάρμακα, άλλα)	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΑΣ

Αυτές οι πληροφορίες μπορεί να χρησιμοποιηθεί εάν το εισόδημά σας είναι πάνω από το 101% των κατευθυντήριων γραμμών της ομοσπονδιακή φτώχεια.

Τρέχον υπόλοιπο για τον έλεγχο του λογαριασμού

\$ _____

Τρέχον υπόλοιπο λογαριασμού ταμειυτηρίου

\$ _____

Η οικογένειά σας έχει αυτά τα άλλα περιουσιακά στοιχεία;

Παρακαλώ ελέγξτε όλα όσα ισχύουν

- Αποθέματα Ομόλογα 401K Λογαριασμός (-ούς) Εξοικονόμησης Υγείας
- Trust (s)
- Ιδιοκτησία (εκτός πρωτογενούς κατοικίας) Ιδιοκτησία επιχείρησης

ΕΠΙΠΛΕΟΝ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Επισυνάψτε μια πρόσθετη σελίδα, εάν υπάρχουν άλλες πληροφορίες σχετικά με την τρέχουσα οικονομική κατάστασή σας ότι θα θέλατε να γνωρίζετε, όπως οικονομικές δυσχέρειες, τα υπερβολικά ιατρικά έξοδα, εποχιακά ή προσωρινό εισόδημα ή προσωπική απώλεια.

ΣΥΜΦΩΝΙΑ ΑΣΘΕΝΗΣ

Αντιλαμβάνομαι ότι η Providence Health and Services μπορεί να επαληθεύει τις πληροφορίες μέσω της αναθεώρησης των πιστωτικών πληροφοριών και της απόκτησης πληροφοριών από άλλες πηγές για να βοηθήσει στον καθορισμό της επιλεξιμότητας για οικονομική βοήθεια ή σχέδια πληρωμών.

Υποστηρίζω ότι οι παραπάνω πληροφορίες είναι αληθείς και σωστές από όσο γνωρίζω. Αντιλαμβάνομαι αν οι οικονομικές πληροφορίες που δίνω είναι αποφασισμένες να είναι ψευδείς, το αποτέλεσμα μπορεί να είναι η άρνηση της οικονομικής βοήθειας και ίσως είμαι υπεύθυνος και αναμένεται να πληρώσω για τις παρεχόμενες υπηρεσίες.

Υπογραφή του προσώπου που ζητεί _____

Ημερομηνία _____