

טופס בקשה לטיפול חסד/סיוע כספי - הוראות

זוהי בקשה לסיוע פיננסי (הידוע גם כטיפול חסד) של Providence Health and Services.

החוקים הפדרליים והמדינתיים מחייבים את כל בתי החולים לספק סיוע כספי לאנשים ובני משפחותיהם העומדים בדרישות הכנסה מסוימות. ייתכן שאתה מתאים לטיפול ללא תשלום או לטיפול במחיר מופחת בהתבסס על גודל המשפחה שלך והכנסתה, גם אם יש לך ביטוח בריאות. כדי לעיין במדיניות הסיוע הכספי שלנו ובהנחיות לגבי סולם הזכאות, עבור לאתר המתאים למדינה שבה אתה גר מהכתובת <https://www.providence.org/obp>.

מה מכסה הסיוע הכספי? הסיוע הכספי הרפואי מכסה טיפול רפואי חיוני בבית חולים שניתן על ידי אחד מבתי החולים שלנו, בהתאם לזכאות שלך. ייתכן שהסיוע הכספי לא יכסה את כל הוצאות הטיפול הרפואי, למשל, את השירותים שארגונים אחרים נותנים.

אם יש לך שאלות או שאתה צריך עזרה במילוי הטופס: ניתן להגיע למדיניות הסיוע הכספי שלנו, למידע על התכניות ולחומרי הגשת הבקשה באתר האינטרנט שלנו או בטלפון. מותר לבקש עזרה מכל סיבה שהיא, כולל נכות וקשיי שפה. מסמכים כתובים מתורגמים זמינים לפי בקשה.

כך אפשר ליצור איתנו קשר: <https://www.providence.org/obp>

נציגי שירות לקוחות בטלפון: 866-747-2455 או 503-215-3030

שני - שישי 08:00 עד 17:00

כדי להמשיך לטפל בבקשה שלך, אתה צריך:

- לתת לנו מידע על המשפחה שלך
- לכתוב כמה בני משפחה יש במשק הבית שלך (בני משפחה הם אנשים שגרים יחד וקשורים זה לזה בקשרי הולדה, נישואים או אימוץ)
- לספק לנו מידע על ההכנסה החודשית ברוטו של משפחתך (הכנסה לפני מס וניכויים) הכולל תלושי משכורת, טופסי W-2, החזרי מס, מכתבי זכויות מביטוח לאומי, וכו'.
- לדוגמאות נוספות עיין בסעיף ההכנסה בבקשה לסיוע כספי)
- לספק מסמכים בנוגע להכנסה המשפחתית ולהצהיר על נכסים
- לצרף מידע נוסף, בהתאם לצורך
- לציין את התאריך בטופס הבקשה לסיוע כספי ולחתום על הטופס

שים לב: אתה לא חייב לתת את מספר ה-Social Security שלך בשביל לבקש סיוע כספי. אם תיתן לנו את מספר ה-Social Security, זה יעזור לנו לטפל בבקשה שלך מהר יותר. מספרי ה-Social Security עוזרים לנו לבדוק את המידע שאנחנו מקבלים. אם אין לך מספר Social Security, כתוב "not applicable" (לא רלוונטי) או "NA".

שלח את הבקשה המלאה בדואר עם כל המסמכים אל: PH&S Regional Business Office, P.O. Box 3299 Portland, OR 97208-3395. שמור על עותק לשימושך.

אם ברצונך למסור את הטופס והמסמכים בעצמך: מסור אותם בדלפק הקופה (Cashier Office) בבית החולים הקרוב

אנחנו נודיע לך על ההחלטה הסופית בקשר לזכאות שלך, ובמקרה הצורך גם נודיע מהן זכויות הערעור, תוך 30 ימים מיום קבלת טופס הבקשה המלא לסיוע כספי ומסמכי ההכנסה.

בהגשת הבקשה לסיוע כספי אתה מאשר שאתה מסכים שאנחנו נבדוק את הפרטים לגבי הכספים וההתחייבויות שלך.

**אנחנו רוצים לעזור. שלח את טופס הבקשה בהקדם!
עד שהמידע שתשלח יגיע אלינו, ייתכן שתקבל חשבונות.**

טופס בקשה לתרומה/סיוע כספי - סודי

מלא את כל הפרטים בטופס. אם משהו לא רלוונטי, כתוב "NA". צרף עוד דפים, אם יש צורך בכך.

פרטים ראשוניים

האם אתה צריך מתורגמן? כן לא אם כן, ציין שפה מועדפת:

האם המטופל הגיש בקשה ל-Medicaid? כן לא

האם המטופל מקבל שירותים ציבוריים מהמדינה, כגון TANF, Basic Food או WIC? כן לא

האם המטופל חסר בית כרגע? כן לא

האם הצורך של המטופל בטיפול רפואי קשור לתאונת דרכים או לתאונת עבודה? כן לא

שים לב

- גם אם תגיש את הבקשה, אנחנו לא יכולים להבטיח שתעמוד בדרישות הזכאות לסיוע כספי.
- אחרי שתגיש את הבקשה, ייתכן שנרצה לבדוק את המידע וייתכן שנבקש פרטים נוספים או אישור הוכחת הכנסה.
- בתוך 30 יום מקבלת טופס הבקשה המלא והמסמכים נודיע לך אם אתה זכאי לסיוע.

פרטי המטופל ומגיש הבקשה

שם המשפחה של המטופל	השם האמצעי של המטופל	השם הפרטי של המטופל
מספר Social Security של המטופל (לא חובה*)	תאריך לידה	<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/> אחר (אפשר לפרט _____)
* לא חובה, אבל דרוש לצורך סיוע נדיב יותר מהסיוע הקבוע בחוק		
מספר Social Security (לא חובה*)	תאריך לידה	הקשר למטופל
* לא חובה, אבל דרוש לצורך סיוע נדיב יותר מהסיוע הקבוע בחוק		
מספרים ליצירת קשר () _____ () _____ כתובת דוא"ל: _____	מיקוד	מדינה
	מדינה	עיר
סטטוס התעסוקה של האדם האחראי לתשלום החשבון <input type="checkbox"/> עובד (תאריך תחילת העבודה: _____) <input type="checkbox"/> מובטל (משך האבטלה: _____) <input type="checkbox"/> עצמאי <input type="checkbox"/> סטודנט <input type="checkbox"/> נכה <input type="checkbox"/> בפנסיה <input type="checkbox"/> אחר (_____) <input type="checkbox"/>		

פרטים על המשפחה

רשום את שמות בני המשפחה השייכים למשק הבית, כולל את עצמך. "בני משפחה" הם אנשים שגרים יחד וקשורים זה לזה בקשרי הולדה, נישואים או אימוץ.
הוסף עוד דף, אם יש צורך בכך

גודל המשפחה

שם	תאריך לידה	הקשר למטופל	אם בן 18 או יותר: שם המעסיק או מקור ההכנסה	אם בן 18 או יותר: ההכנסה החודשית ברוטו (לפני ניכוי מסים):	מגיש בקשה לסיוע כספי גם כן?
					כן / לא
					כן / לא
					כן / לא
					כן / לא

יש למסור פרטים על ההכנסות של כל בני המשפחה הבוגרים. מקורות הכנסה כוללים, למשל:

- משכורות - דמי אבטלה - הכנסות כעצמאי - תשלום תמורת עבודה - קצבת נכות - SSI - תשלומי מזונות לילד/בת זוג
- תוכניות עבודה תוך כדי לימודים (לסטודנטים) - פנסיה - קצבאות מחיסכון פנסיוני - אחר (נא לפרט: _____)

טופס בקשה לתרומה/סיוע כספי - סודי

מידע על ההכנסות

זכור: חובה לצרף לטופס הבקשה אישור הוכחת הכנסה.

חובה למסור מידע על הכנסות המשפחה. אנחנו לא יכולים לקבוע זכאות לסיוע כספי בלי לבדוק את ההכנסות. כל בני המשפחה מגיל 18 והלאה חייבים למסור פרטים על הכנסתם. אם אינך יכול להשיג את המסמכים, אתה רשאי למסור הצהרה חתומה בכתב המתארת את ההכנסות שלך. צרף אישורים לכל מקור הכנסה בנפרד. **הנה כמה דוגמאות לאישורי הוכחת הכנסה:**

- אישור W-2 על ניכוי במקור; או
 - תלושי שכר עדכניים (3 חודשים); או
 - דו"ח מהשנה שעברה למס הכנסה, כולל לוחות זמנים אם קיימים; או
 - הצהרות חתומות בכתב ממעסיקים או מאנשים אחרים; או
 - אישור/סירוב לזכאות ל-Medicaid ו/או לסיוע רפואי מהמדינה; או
 - אישור/סירוב לזכאות לדמי אבטלה.
- אם אין לך אישור הוכחת הכנסה או שאין לך הכנסה, צרף דף נוסף עם הסבר.

פרטים על הוצאות

המידע הזה עוזר לנו להבין טוב יותר את מצבך הכלכלי.

הוצאות משק הבית החודשיות:	
שכירות/משכנתה	\$ _____
פרמיות ביטוח	\$ _____
הוצאות/התחייבויות אחרות	\$ _____
הוצאות רפואיות	\$ _____
חשמל, מים וכדומה (מזונות, הלוואות, תרופות, אחר)	\$ _____

פרטים על נכסים

"יתכן שגשתמש במידע הזה, אם ההכנסה שלך עולה על 101% מהמציין ב-Federal Poverty Guidelines.

האם יש למשפחה שלך נכסים נוספים? סמן את כל הנכסים המתאימים	היתרה הנוכחית בחשבון העו"ש שלך \$ _____
<input type="checkbox"/> מניות <input type="checkbox"/> אגרות חוב <input type="checkbox"/> 401K <input type="checkbox"/> חשבונות חיסכון לבריאות <input type="checkbox"/> נכסים בנאמנות <input type="checkbox"/> נדל"ן (מלבד בית המגורים) <input type="checkbox"/> עסק	היתרה הנוכחית בחשבון החיסכון שלך \$ _____

מידע נוסף

צרף דף נוסף אם יש עוד משהו שהיית רוצה שנדע על מצבך הכלכלי הנוכחי, כגון מצוקה כספית, הוצאות רפואיות ניכרות, הכנסות עונתיות או זמניות או מוות של קרוב משפחה.

הסכמת המטופל

אני מבין שבתהליך קביעת הזכאות לסיוע כספי או לפריסת תשלומים, ייתכן ש-Providence Health & Services תוכל לאמת מידע על ידי בדיקת פרטי אשראי והשגת מידע ממקורות אחרים.

אני מאשר שהמידע הנ"ל אמיתי ונכון, למיטב ידיעתי. אני מבין שאם המידע שאני מוסר יתגלה כשקר, התוצאה עשויה להיות דחיית הסיוע הכספי, ואני אהיה אחראי לתשלום בגין השירותים שניתנו לי.

_____ תאריך

_____ חתימת מגיש הבקשה