

Jótékonyági ellátás/pénzügyi segítségnyújtás alkalmazási formában utasításokat

Ez egy olyan alkalmazás, a Providence-i egészségügyi és pénzügyi támogatásra (más néven jótékonyági ellátás).

Szövetségi és állami törvény előírja minden kórházakban nyújtott pénzügyi támogatás az emberek és a családok, akik megfelelnek bizonyos jövedelem. Jogosult lehet ingyenes ellátás vagy kedvezményes áron ellátás alapján a család nagysága és a jövedelem, akkor is, ha egészségügyi biztosítás. A pénzügyi támogatás-politika és csúszik a skála iránymutatások, keresse fel állami website-ból lakó <https://www.providence.org/obp>.

Mit fedez a pénzügyi támogatás? Az orvosi pénzügyi támogatás magában foglalja az orvosi szükséges kórházi ellátás a kórházak, attól függően, hogy a jogosultság egyik. Pénzügyi támogatás nem terjed ki minden egészségügyi költségek, beleértve a más szervezetek által nyújtott szolgáltatások.

Ha kérdése van, vagy segítségre van szüksége a befejezése ez alkalmazás: A pénzügyi támogatási politikák, programok és a pályázati anyagát érhető el honlapunkon, vagy telefonon keresztül. Kaphat segítséget, bármilyen okból, beleértve a fogyatékkal élők és a nyelvi segítségnyújtás. Kérésre rendelkezésre írásos dokumentumok fordítása. Itt van, hogyan léphet velünk kapcsolatba: <https://www.providence.org/obp>
Az ügyfélszolgálati munkatársak: 503-215-3030 vagy 866-747-2455
Hétfő-péntek 8:00-5:00-ig

Annak érdekében, hogy az alkalmazás dolgozzák fel meg kell Annak érdekében, hogy az alkalmazás dolgozzák fel meg kell:

- Adja meg nekünk információt a család**
Töltse ki a tagok azon családtagjainak száma a háztartásban (a család magában foglalja a kapcsolódó születés, házasság vagy örökbefogadás útján olyan személyek, akik együtt élnek)
- Adja meg nekünk a család bruttó havi jövedelme (jövedelem adók és levonások előtt) tájékoztatást felvenni fizetni csonkokat, a W-2 formák, a bevételek, társadalombiztosítási díjak, levelek, stb**
(lásd a pénzügyi támogatás iránti jövedelem részben több példa)
- Családi jövedelem dokumentáció, és állapítsa meg az eszközök**
- További információt csatoljon, ha szükséges**
- Aláírásával és a pénzügyi támogatás formája**

Megjegyzés: Pénzügyi támogatás kérésére **nem kell szociális biztonsági számot megadnia**. Ha megadja számunkra a társadalombiztosítási számot, akkor felgyorsítja az alkalmazás feldolgozását. A társadalombiztosítási számokat az általunk megadott információk ellenőrzésére használják. Ha nincs társadalombiztosítási száma, kérjük, jelölje be a „nem alkalmazható” vagy „NA” jelölést.

A kitöltött kérelmet az összes dokumentációval küldje el a következő címre: PH&S Regionális Üzleti Iroda, P.O. 3299. rovat
Portland, OR 97208-3395. Győződjön meg róla, hogy a másolatot magának tartja.

A kitöltött kérelem személyesen történő benyújtása: Vigye el a legközelebbi Kórházi Pénztári Irodát

A teljes támogatási kérelem beérkezésétől számított 30 napon belül értesítjük Önt a jogosultság és a jogorvoslati jog végleges megállapításáról, beleértve a jövedelem dokumentálását.

Jótékonyági ellátás/pénzügyi segítségnyújtás alkalmazási formában utasításokat

Pénzügyi támogatási kérelem benyújtásával Ön hozzájárul ahhoz, hogy a pénzügyi kötelezettségek és információk megerősítéséhez szükséges vizsgálatokat végezzünk.

Mi segíteni szeretnénk. Kérjük, küldje el jelentkezését azonnal! Számlák jelenhet meg, amíg kapunk adatait. Mi segíteni szeretnénk. Kérjük, küldje el jelentkezését azonnal! Számlák jelenhet meg, amíg kapunk adatait.

Jótekonysági ellátás/pénzügyi támogatás jelentkezési lapot – bizalmas

Kérjük, töltsse ki minden információ teljesen. Ha ez nem alkalmazható, írjon "NA.." Csatoljon további oldalakat, ha szükséges.

SZÁMÍTÁSI INFORMÁCIÓK			
Tolmácsra van szüksége? <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem Ha igen, a lista előnyben részesített nyelv:			
Alkalmazta-e a beteg a Medicaid? <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem			
Kapja meg a beteg állami közszolgáltatások TANF, alapvető élelmiszerek vagy WIC? <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem			
Az a beteg jelenleg hajléktalan? <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem			
A beteg orvosi ellátást kell egy autó baleset vagy munka az anyagi kárral kapcsolatban? <input type="checkbox"/> igen <input type="checkbox"/> nem			
FIGYELEM!			
<ul style="list-style-type: none"> Nem tudjuk garantálni, hogy lesz jogosult a pénzügyi támogatásra, még akkor is, ha alkalmazza. Egyszer küldi az alkalmazás, ellenőrizheti, hogy minden információt, és kérheti további információkat vagy jövedelem igazolása Egyszer küldi az alkalmazás, ellenőrizheti, hogy minden információt, és kérheti további információkat vagy jövedelem igazolása. 30 napon belül után kapjuk a kitöltött és a dokumentáció, értesítjük Önt, ha a támogatásra jogosultak. 			
PACIONÁLIS ÉS ALKALMAZÁSI INFORMÁCIÓK			
Beteg Utónév	Beteg középső neve		Beteg utolsó név Beteg utolsó név
<input type="checkbox"/> Férfi <input type="checkbox"/> Nő <input type="checkbox"/> Egyéb (meghatározhatja _____)	Születési dátum		Beteg társadalombiztosítási szám (opcionális *) <i>* nem kötelező, de szükséges állami jogi követelmények fölött nagyvonalúbb segítségért</i>
Felelős személy fizet-számlát	Kapcsolat a beteg	Születési dátum Születési dátum	Társadalombiztosítási szám (opcionális *) <i>* nem kötelező, de szükséges állami jogi követelmények fölött nagyvonalúbb segítségért</i>
Levelezési cím Levelezési cím _____ _____ Város Állami irányítószám			Fő kapcsolattartó száma(i) () _____ () _____ Elektronikus levél cím: _____
Foglalkoztatási helyzetének felelős személy fizet-számlát <input type="checkbox"/> Foglalkoztatott (bérlet időpontja: _____) <input type="checkbox"/> Munkanélküliek (mennyi munkanélküliek: _____) <input type="checkbox"/> Önfoglalkoztatott <input type="checkbox"/> Diák <input type="checkbox"/> Letiltott <input type="checkbox"/> Nyugdíjas <input type="checkbox"/> Egyéb (_____)			

Jótekonysági ellátás/pénzügyi támogatás jelentkezési lapot – bizalmas

CSALÁDI INFORMÁCIÓ					
Család tagjainak a háztartásban, Önt is beleértve. "Családtag" magában foglalja a kapcsolódó születés, házasság vagy örökbefogadás útján olyan személyek, akik együtt élnek.					
CSALÁDI MÉRET _____			Hozzáerősít további oldal, ha szükséges		
név	születési dátum	Kapcsolat a beteg	Ha 18 éves vagy idősebb: munkáltató(k) nevét vagy jövedelemforrás	Ha 18 éves vagy idősebb: bruttó havi jövedelme (adózás előtti) összesen:	A pénzügyi támogatást is alkalmazása?
					igen / nem
					igen / nem
					igen / nem
					igen / nem
<p>Minden felnőtt családtagok jövedelme kell közölni. Bevételei források közé tartozik például:</p> <p>- Bérek - Munkanélküliség - Önfoglalkoztatás - Munkavállalói kártérítés - Fogyatékoság - SSI - Gyermek / házastárs támogatás - Munkahelyi tanulmányi programok (diákok) - Nyugdíj - Nyugdíjszámla-eloszlások - Egyéb (magyarázat)</p>					
BEVÉTELI INFORMÁCIÓK					
<i>Ne feledje: Ön tartalmaznia kell jövedelem igazolása az alkalmazás.</i>					
<p>Meg kell adnia információkat a család jövedelme. <u>Jövedelem igazolás szükséges pénzügyi támogatás meghatározásához. Minden családtag 18 éves vagy idősebb fel kell tüntetni a jövedelmüket. Ha nem ad meg dokumentációt, nyújthat leírja a jövedelem aláírt írásbeli nyilatkozatot. Kérünk bizonyítékot szolgáltatni minden azonosított forrás jövedelem. Példák a jövedelem igazolása:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> "W-2" visszatartó nyilatkozat; vagy Aktuális fizetési csonkok (3 hónap); vagy A tavalyi jövedelemadó-bevallás, ideértve a menetredek is, ha van ilyen; vagy Írásbeli, aláírt nyilatkozatok a munkáltatóktól vagy másoktól; vagy A Medicaid és / vagy az állam által finanszírozott orvosi segítségre való jogosultság jóváhagyása / megtagadása; vagy A munkanélküli kompenzáció jogosultságának jóváhagyása / megtagadása. <p>Ha nincs bizonyíték a jövedelemre vagy a jövedelemre, kérjük, csatoljon egy további oldalt magyarázattal.</p>					
KIADÁSI INFORMÁCIÓK					
<i>Használjuk ezt az információt, hogy egy teljesebb képet a pénzügyi helyzet.</i>					
Havi háztartási költségek:					
Bérleti díj/jelzalog	\$ _____	Orvosi költségek	\$ _____		
Biztosítási díjak	\$ _____	Segédprogramok	\$ _____		
Egyéb adósság/kiadások	\$ _____	(gyermek támogatása, hitelek, gyógyszerek, egyéb)			

Jótekonysági ellátás/pénzügyi támogatás jelentkezési lapot – bizalmas

TÁJÉKOZTATÁSI INFORMÁCIÓK

Ez az információ használható abban az esetben, ha a jövedelem 101 %-a szövetségi szegénység iránymutatások.

Aktuális folyószámla egyenleg

\$ _____

Megtakarítási számla egyenlegének

\$ _____

A család van ezek más eszközei?

Ellenőrizze, hogy minden, ami vonatkozik

- Készletek Kötvények 401K Egészségügyi megtakarítási számla (ok) Trust (ek)
 Ingatlan (az elsődleges lakóhely kivételével) Saját vállalkozás

TOVÁBBI INFORMÁCIÓ

Kérjük, csatoljon egy további lap, ha más információt a jelenlegi pénzügyi helyzet, hogy szeretné tudni, mint a pénzügyi nehézségeket, túlzott orvosi költségek, szezonális vagy ideiglenes jövedelem, vagy a személyes veszteség.

SZEMÉLYZETI MEGÁLLAPODÁS

Tudomásul veszem, hogy a Providence Health and Services a hitelinformációk felülvizsgálatával és az egyéb forrásokból származó információk megszerzésével ellenőrizheti az információkat a pénzügyi támogatásra vagy a fizetési tervekre való jogosultság meghatározásában.

Megerősítem, hogy a fenti információk a legjobb tudásom szerint igazak és helyesek. Megértem, hogy az általam megadott pénzügyi információk hamisnak minősülnek, az eredmény lehet pénzügyi támogatás megtagadása, és felelősséggel tartozhatok és várhatóan fizetek a nyújtott szolgáltatásokért..

A kérelmező személy aláírása

Dátum