



Уход/финансовой помощи благотворительных формы инструкции

Это приложение для финансовой помощи (также известный как благотворительной помощи) в Провиденс здравоохранения и услуг.

Федеральное законодательство и законодательство штатов требует все больницы для оказания финансовой помощи для людей и семей, которые удовлетворяют определенным требованиям в отношении дохода. Вы можете претендовать бесплатно уход или сниженной цене уход на основе размера семьи и дохода, даже если у вас есть медицинское страхование. Для просмотра нашей политики финансовой помощи и слайд шкала Руководство, пожалуйста, перейдите на проживающих Государственный сайт от <https://www.providence.org/obp>.

Что покрывает финансовой помощи? Медицинские финансовой помощи охватывает медицински необходимым больницах предоставляется одним из наших больниц, зависящ на ваше право. Финансовая помощь не может покрыть все расходы на медицинское обслуживание, включая услуги, предоставляемые другими организациями.

Если у вас есть вопросы или нужна помощь, выполнение этого приложения: наши политику оказания финансовой помощи, информация о программах и заявочные материалы доступны на нашем сайте или по телефону. Вы можете получить справку по любой причине, включая инвалидность и языковой помощи. Перевод письменных документов предоставляются по запросу. Вот как с нами связаться: <https://www.providence.org/obp>

Представители по обслуживанию клиентов на: 503-215-3030 или 866-747-2455
Понедельник Пятница 8:00 утра до 5:00 вечера

Для вашего приложения для обработки, вы должны:

- Предоставьте нам информацию о вашей семье**
Укажите количество членов семьи в вашей семье (семья включает людей связанные по рождению, браку или усыновлению, которые живут вместе)
- Предоставьте нам информацию о валовом месячном доходе вашей семьи (доход до вычета налогов и отчислений), включая квитанции об оплате, формы W-2, налоговые декларации, письма о вознаграждениях социального обеспечения и т. Д.**
(дополнительные примеры см. в разделе «Доходы»).
- Предоставить документацию для семейного дохода и объявить активы**
- Приложите дополнительную информацию, если это необходимо**
- Подпишите и поставьте дату в форме финансовой помощи**

Примечание. Вам не нужно указывать номер социального страхования, чтобы подать заявку на финансовую помощь. Если вы предоставите нам свой номер социального страхования, это поможет ускорить обработку вашего заявления. Номера социального страхования используются для проверки предоставленной нам информации. Если у вас нет номера социального страхования, отметьте «не применимо» или «нет».

Отправьте заполненную заявку по почте со всей документацией в: PH & S Regional Business Office, P.O. Box 3299

Портленд, ИЛИ 97208-3395. Не забудьте сохранить копию для себя.



Уход/финансовой помощи благотворительных формы инструкции

Чтобы подать заполненное заявление лично: возьмите в ближайшем отделении кассы больницы

Мы сообщим вам об окончательном определении права на участие и права на апелляцию, если это применимо, в течение 30 дней с момента получения полного заявления о финансовой помощи, включая документацию о доходах.

Отправляя заявку на финансовую помощь, вы даете согласие на то, чтобы мы сделали необходимые запросы для подтверждения финансовых обязательств и информации.

Мы хотим помочь. Пожалуйста, отправьте ваше приложение быстро! Вы можете получить законопроекты до тех пор, пока мы получим вашу информацию.



Благотворительный уход/финансовой помощи форма заявки – конфиденциальной

Пожалуйста, полностью заполните всю информацию. Если она не применяется, напишите «НС».

Прикрепите дополнительные страницы, если необходимо.

ПОКАЗ ИНФОРМАЦИИ

Вам нужен переводчик? Да Нет Если да, списка предпочтительный язык:

Пациент применяет на Медикейд? Да Нет

Пациент получает государственной службы как TANF, основные продукты питания или WIC? Да Нет

Является ли пациент в настоящее время бездомным? Да Нет

Это пациента медицинской помощи должны связано с травмой автомобиль аварии или работы? Да Нет

ОБРАТИТЕ ВНИМАНИЕ

- Мы не можем гарантировать, что вы будете иметь право на финансовую помощь, даже если вы.
- После того как вы отправить в вашем приложении, мы может проверить всю информацию и может запросить дополнительную информацию или доказательства дохода.
- В течение 30 дней после того, как мы получим вашу заполненную анкету и документации, мы сообщим вам если вы имеете право на помощь.

ПАЦИЕНТА И ЗАЯВИТЕЛЯ ИНФОРМАЦИИ

Имя пациента	Имя пациента	Фамилия пациента	
<input type="checkbox"/> мужской <input type="checkbox"/> женский <input type="checkbox"/> Другое (можно указать _____)	Дата рождения	Пациент номер социального страхования (необязательно *) * обязательно, но для более щедрой помощи выше государственного права требования	
Лицо, ответственное за выплату Билл	Отношение к пациенту	Дата рождения	Номер социального страхования (необязательно *) * обязательно, но для более щедрой помощи выше государственного права требования
Почтовый адрес _____ _____	Город _____ Государство _____ Почтовый индекс _____		Основные контактные номер(а) () _____ () _____ Адрес электронной почты: _____
Статус занятости лица, ответственного за уплату Билл <input type="checkbox"/> Занятый (дата найма: _____) <input type="checkbox"/> Безработный (как долго безработный: _____) <input type="checkbox"/> Работающий не по найму <input type="checkbox"/> Студент <input type="checkbox"/> Инвалид <input type="checkbox"/> Пенсионер <input type="checkbox"/> Другое (_____)			

Благотворительный уход/финансовой помощи форма заявки – конфиденциальной

ИНФОРМАЦИЯ О СЕМЬЕ

Список членов семьи в вашем доме, включая вас. «Семья» включает в себя людей, связанных с рождения, брака или усыновления, которые живут вместе.

РАЗМЕР СЕМЬИ _____

Приложите дополнительную страницу, при необходимости

Имя	Дата рождения	Отношение к пациенту	Если старше 18 лет: имя или источник дохода	Если старше 18 лет: всего суммы ежемесячного дохода (до уплаты налогов):	Также применение для финансовой помощи?
					Да / Нет
					Да / Нет
					Да / Нет
					Да / Нет

Должны раскрываться доход всех взрослых членов семьи. Источники дохода, например, включить:

- Заработная плата - Безработица - Самостоятельная занятость - Компенсация работнику - Инвалидность - SSI - Поддержка ребенка / супруга - Программы трудовой учебы (студенты) - Пенсия - Распределение пенсионных счетов
- Другое (просьба пояснить _____)

ДОХОД-ИНФОРМАЦИЯ

Помните: Вы должны включать доказательство дохода с приложением.

Вы должны представить информацию о доход вашей семьи. Для определения финансовой помощи требуется подтверждения дохода. Все члены семьи старше 18 лет должны раскрывать свои доходы. Если вы не можете предоставить документацию, вы можете подать письменное подписанное заявление с описанием вашего дохода. Просьба представьте доказательства для всех выявленных источник дохода. Примеры доказательства дохода:

- Заявление об удержании "W-2"; или же
- Текущие платежные квитанции (3 месяца); или же
- декларация о подоходном налоге за прошлый год, включая графики, если применимо; или же
- письменные, подписанные заявления от работодателей или других лиц; или же
- утверждение / отказ в праве на получение медицинской помощи и / или медицинской помощи, финансируемой государством; или же
- Утверждение / отказ в праве на пособие по безработице.

Если у вас нет доказательств дохода или нет доходов, приложите дополнительную страницу с разъяснением.

СВЕДЕНИЯ О РАСХОДАХ

Мы используем эту информацию для получения более полной картины вашего финансового положения.

Ежемесячные расходы:

Аренда/Ипотека	\$ _____	Медицинские расходы	\$ _____
Страховые премии	\$ _____	Утилиты	\$ _____
Другие задолженности/расходы	\$ _____	(Поддержка детей, кредиты, лекарств, другие)	



Благотворительный уход/финансовой помощи форма заявки – конфиденциальной

ИНФОРМАЦИЯ АКТИВОВ

Эта информация может быть использована, если ваш доход выше 101% федеральных руководящих принципов бедности.

Текущий баланс текущего счета

\$ _____

Текущий баланс сберегательного счета

\$ _____

Ваша семья имеет эти прочие активы?

Проверьте все варианты

- Акции Облигации 401K Сберегательный счет (ы) здоровья Траст
 Имущество (исключая основное место жительства) Собственный бизнес

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Пожалуйста, приложите дополнительную страницу, если есть другие сведения о вашей текущей финансовой ситуации, что вы хотели знать, например, финансовые трудности, чрезмерные медицинские расходы, сезонные или временный доход или личная потеря.

ПАЦИЕНТ СОГЛАШЕНИЕ

Я понимаю, что провидение здравоохранения и услуг может проверить информацию путем пересмотра кредитной информации и получение информации из других источников для оказания помощи в определении права на получение финансовой помощи или оплата планы.

Я подтверждаю, что приведенная выше информация является правильной и достоверной, насколько мне известно. Я понимаю, если финансовая информация, которую я даю определяется равным false, результат может быть отказ в предоставлении финансовой помощи, и я может быть ответственным за и ожидать, чтобы заплатить за услуги, предоставляемые.

Подпись лица, применяющие

Дата