

กุศลที่คุณดูแลเงินช่วยเหลือแบบฟอร์มคำแนะนำ

นี่เป็นโปรแกรมประยุกต์สำหรับความช่วยเหลือทางการเงิน (หรือที่เรียกว่ากุศลดูแล) ที่โพรวิเดนซ์สุขภาพและบริการ

กฎหมายของรัฐบาลกลาง และรัฐกำหนดโรงพยาบาลที่ให้ความช่วยเหลือทางการเงินให้ท่านและครอบครัวที่ตรงกับความต้องการรายได้ คุณอาจมีคุณสมบัติฟรีดูแลหรือดูแลราคาลดตามรายได้ และขนาดครอบครัวของคุณถ้าคุณมีประกันสุขภาพ ดูนโยบายช่วยเหลือ และเลื่อนแนวระดับ กรุณาไปอยู่เว็บไซต์รัฐ <https://www.providence.org/obp>.

ความช่วยเหลือทางการเงินครอบคลุมอะไรบ้าง

การช่วยเหลือทางการแพทย์ครอบคลุมการดูแลในโรงพยาบาลที่จำเป็นทางการแพทย์จากโรงพยาบาลของเราขึ้นอยู่กับสิทธิ์ของคุณอย่างใดอย่างหนึ่ง ความช่วยเหลือทางการเงินอาจไม่ครอบคลุมต้นทุนดูแลสุขภาพทั้งหมด รวมทั้งบริการจากองค์กรอื่น ๆ

ถ้าคุณมีคำถาม หรือต้องการให้ช่วยทำโปรแกรมนี้: นโยบายความช่วยเหลือทางการเงิน ข้อมูลเกี่ยวกับโปรแกรม และเอกสารการสมัครของเรามีอยู่ บนเว็บไซต์ของเรา หรือผ่านทางโทรศัพท์ คุณอาจได้รับความช่วยเหลือด้วยเหตุผลใด ๆ รวมทั้งความพิการและความช่วยเหลือภาษา แปลเอกสารแจ้งความประสงค์เป็นลายลักษณ์อักษร วิธีการติดต่อเรา: <https://www.providence.org/obp>

พนักงานฝ่ายบริการลูกค้าที่: 503-215-3030 หรือ 866-747-2455

จันทร์-ศุกร์ 8:00 17:00 น.

เพื่อให้ใบสมัครของคุณได้รับการดำเนินการคุณต้อง:

- ให้ข้อมูลเกี่ยวกับครอบครัวของคุณแก่เรา กรอกจำนวนสมาชิกในครอบครัวของคุณ (ครอบครัวรวมถึงผู้คนที่เกี่ยวข้องโดยกำเนิดการแต่งงานหรือการรับเลี้ยงบุตรบุญธรรมที่อาศัยอยู่ด้วยกัน)
- ให้ข้อมูลเกี่ยวกับรายได้รวมของครอบครัวของคุณ (รายได้ก่อนหักภาษีและหัก) เพื่อรวมสลิปจ่ายแบบฟอร์ม W-2 คินภาษีจดหมายรางวัลประกันสังคม ฯลฯ (ดูตัวอย่างการสมัครขอรับความช่วยเหลือทางการเงินสำหรับรายละเอียดเพิ่มเติม)
- จัดทำเอกสารสำหรับรายได้ของครอบครัวและประกาศสินทรัพย์
- แนบข้อมูลเพิ่มเติมหากจำเป็น
- ลงชื่อและลงวันที่ในแบบฟอร์มความช่วยเหลือทางการเงิน

หมายเหตุ: คุณไม่จำเป็นต้องให้หมายเลขประกันสังคมเพื่อขอความช่วยเหลือทางการเงิน หากท่านให้เลขประกันสังคม

มันจะช่วยให้ความเร็วการประมวลผลของโปรแกรมประยุกต์ของคุณ หมายเลขประกันสังคมจะใช้ในการตรวจสอบข้อมูลที่ให้ไว้กับเรา ถ้าคุณไม่มีหมายเลขประกันสังคม ทำเครื่องหมาย "ไม่มี" หรือ "นราธิวาส"

โปรแกรมประยุกต์จัดหมายเสร็จสมบูรณ์พร้อมทั้งเอกสารประกอบเพื่อ: ปณ 3299 พอร์ตแลนด์ หรือ 97208-3395, PH และ S ธุรกิจสำนัก ต้องเก็บสำเนาตัวเอง

ส่งใบสมัครของคุณเสร็จสมบูรณ์ในคน: พาไปสำนักงานพนักงานเก็บเงินของโรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุด

เราจะแจ้งให้คุณของความมุ่งมั่นสุดท้ายของสิทธิและอุทธรณ์สิทธิ ถ้ามี ภายใน 30 วันของการได้รับการประยุกต์ใช้ในการช่วยเหลือทางการเงินที่สมบูรณ์ รวมทั้งเอกสารของรายได้

โดยการส่งโปรแกรมช่วยเหลือ คุณให้ความยินยอมเราจะทำการสอบถามที่จำเป็นเพื่อยืนยันข้อมูลและภาวะทางการเงิน

เราอยากช่วยเหลือ กรุณาส่งใบสมัครทันที คุณอาจได้รับเงินจนกว่าเราได้รับข้อมูลของคุณ



กุศลดูแล/เงินช่วยเหลือสมัคร – เป็นความลับ กุศลดูแล

เข้ากรอกข้อมูลทั้งหมดอย่างสมบูรณ์ ถ้ามันใช้ไม่ได้ เขียน "นราธิวาส" แทนหน้าเพิ่มเติมถ้าจำเป็น เข้ากรอกข้อมูลทั้งหมดอย่างสมบูรณ์ ถ้ามันใช้ไม่ได้ เขียน "นราธิวาส" แทนหน้าเพิ่มเติมถ้าจำเป็น

คัดกรองข้อมูล คัดกรองข้อมูล

คุณต้องการล่าม ใช่ ไม่ใช่ ถ้าใช่ รายการภาษาที่ต้องการ:

ผู้ป่วยได้ใช้สำหรับ Medicaid ใช่ ไม่ใช่

ผู้ป่วยได้รับการสาธารณสุขของรัฐเช่น TANF อาหารพื้นฐาน WIC ใช่ ไม่ใช่

เป็นผู้ป่วยในปัจจุบันจริง ใช่ ไม่ใช่

เป็นแพทย์ของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับรเบิดเกิดอุบัติเหตุหรืองานบาดเจ็บ ใช่ ไม่ใช่

โปรดทราบ

- เราไม่สามารถรับประกันว่า คุณจะได้รับความช่วยเหลือทางการเงิน แม้ว่าผู้ใช้
- เมื่อคุณส่งในโปรแกรมประยุกต์ของคุณ เราอาจตรวจสอบข้อมูลทั้งหมด และอาจขอข้อมูลเพิ่มเติมหรือหนังสือรับรองรายได้
- ภายใน 30 วัน หลังจากที่เราได้รับใบสมัครและเอกสารประกอบ ของคุณเราจะแจ้งให้คุณถ้าคุณได้รับความช่วยเหลือ

ข้อมูลผู้ป่วยและผู้สมัคร ข้อมูลผู้ป่วยและผู้สมัคร

ชื่อผู้ป่วย	ชื่อกลางของผู้ป่วย	นามสกุล
<input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง <input type="checkbox"/> อื่น ๆ (อาจจะระบุ _____)	วันเกิด	ผู้ป่วยหมายเลขประกันสังคม (เสริม *) * แต่ไม่จำเป็นสำหรับนำใจความช่วยเหลือข้างต้นข้อกำหนดของกฎหมายของรัฐ
ผู้รับผิดชอบการชำระเงิน	ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	วันเกิด
		หมายเลขประกันสังคม (เสริม *) * แต่ไม่จำเป็นสำหรับนำใจความช่วยเหลือข้างต้นข้อกำหนดของกฎหมายของรัฐ
ที่อยู่ _____ _____		หมายเลขผู้ติดต่อหลัก () _____ () _____
เมือง	รัฐ	รหัสไปรษณีย์
		อีเมลล์: _____

สถานะการจ้างงานของผู้รับผิดชอบการชำระเงิน

ลูกจ้าง (วันที่จ้าง: _____) ว่างาน (นานแค่ไหน: _____)

ทำงานให้ตัวเอง นักศึกษา ปิดการใช้งาน เกษียณอายุ อื่น ๆ (_____)

ข้อมูลครอบครัว ข้อมูลครอบครัว

รายชื่อสมาชิกครอบครัวในบ้านของคุณ รวมทั้งคุณ "ครอบครัว" รวมถึงผู้ที่เกี่ยวข้อง โดยเกิด แต่งงาน หรือนำที่อยู่ด้วยกัน

ขนาดครอบครัว ขนาดครอบครัว _____

แนบหน้าเพิ่มเติมถ้าจำเป็น

ชื่อ	วันเกิด	ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	ถ้าอายุ 18 ปี: Employer(s) ชื่อหรือแหล่งที่มาของรายได้	ถ้าอายุ 18 ปี: รวมรายได้รายเดือนรวม (ก่อนภาษี):	นอกจากนี้ยัง ใช้สำหรับความช่วยเหลือ ทางการเงิน
					ใช่ / ไม่ใช่
					ใช่ / ไม่ใช่
					ใช่ / ไม่ใช่
					ใช่ / ไม่ใช่

รายได้ทั้งหมดผู้ใหญ่ของสมาชิกครอบครัวต้องถูกเปิดเผย แหล่งรายได้รวม เช่น รายได้ทั้งหมดผู้ใหญ่ของสมาชิกครอบครัวต้องถูกเปิดเผย แหล่งรายได้รวม เช่น:

- ค่าจ้าง - การว่างงาน - การจ้างงานตนเอง - ค่าตอบแทนของผู้ปฏิบัติงาน - ความพิการ - SSI - การสนับสนุนเด็ก / พิธีวิวาห์

- โปรแกรมการศึกษาการทำงาน (นักเรียน) - บ้านหนึ่งบ้าน - การกระจายบัญชีเพื่อการเกษียณอายุ - อื่น ๆ (โปรดอธิบาย _____)

ข้อมูลรายได้

จำ: คุณต้องมีหลักฐานของรายได้กับโปรแกรมประยุกต์ของคุณ จำ: คุณต้องมีหลักฐานของรายได้กับโปรแกรมประยุกต์ของคุณ

คุณต้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับรายได้ของครอบครัว จำเป็นต้องมีการตรวจสอบรายได้เพื่อตรวจสอบความช่วยเหลือทางการเงิน สมาชิกครอบครัวทุกคน 18 ปีหรือมากกว่าต้องเปิดเผยข้อมูลรายได้ **ถ้าคุณไม่สามารถจัดเตรียมเอกสาร คุณสามารถส่งคำสั่งลงนามเขียนอธิบายรายได้ของคุณ โปรดให้หลักฐานสำหรับทุกแหล่งระบุรายได้ ตัวอย่างของหลักฐานของรายได้รวม:**

- คำสั่งหัก ณ ที่จ่าย "W-2"; หรือ
- ต้นขั้วจ่ายปัจจุบัน (3 เดือน); หรือ
- การคืนภาษีของปีที่แล้วรวมถึงตารางเวลาหักมิ; หรือ
- เป็นลายลักษณ์อักษรลงนามในแถลงการณ์จากนายจ้างหรือผู้อื่น; หรือ
- อนุมัติ / ปฏิเสธการมีสิทธิ์ได้รับ Medicaid และ / หรือความช่วยเหลือทางการเงินแพทย์ที่ได้รับการสนับสนุนจากรัฐ; หรือ
- อนุมัติ / ปฏิเสธการมีสิทธิ์ได้รับค่าตอบแทนการว่างงาน

ถ้าคุณมีหลักฐานไม่มีรายได้หรือไม่มีรายได้ กรุณาแนบหน้าเพิ่มเติมอธิบาย

ข้อมูลค่าใช้จ่าย ข้อมูลค่าใช้จ่าย

เราใช้ข้อมูลนี้เพื่อให้ได้ภาพสมบูรณ์มากขึ้นของสถานะทางการเงิน

รายจ่ายครัวเรือนต่อเดือน รายจ่ายครัวเรือนต่อเดือน:

เช่า/จำนอง	\$ _____	ค่ารักษาพยาบาล	\$ _____
เบี้ยประกัน	\$ _____	ยูทิลิตี้	\$ _____
หนี้/ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ	\$ _____	(สนับสนุนเด็ก เงินกู้ ยา อื่น ๆ)	

ข้อมูลสินทรัพย์

ข้อมูลนี้อาจถูกใช้ถ้ารายได้ของคุณอยู่เหนือ 101% แนวทางความยากจนของรัฐบาลกลาง

คุณปัจจุบันในบัญชีตรวจสอบ \$ _____ คุณปัจจุบันในบัญชีออมทรัพย์ \$ _____	ไม่ครอบครัวยุติสินทรัพย์อื่น ไม่ครอบครัวยุติสินทรัพย์อื่น กรุณาตรวจสอบทั้งหมดที่ใช้ <input type="checkbox"/> หุ่น <input type="checkbox"/> พันธบัตร <input type="checkbox"/> 401K <input type="checkbox"/> บัญชีออมทรัพย์สุขภาพ <input type="checkbox"/> เชื้อถือ (S) <input type="checkbox"/> ทรัพย์สิน (ไม่รวมที่อยู่อาศัยหลัก) <input type="checkbox"/> เป็นเจ้าของธุรกิจ
--	--

ข้อมูลเพิ่มเติม

โปรดแนบหน้าเพิ่มเติมถ้ามีข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ทางการเงินปัจจุบันของคุณที่คุณต้องเรา รู้ เช่นมีความยากลำบากทางการเงิน มากเกินไปค่ารักษาพยาบาล ตามฤดูกาล หรือชั่วคราวเงินหรืออื่น ๆ ขาดทุนส่วนบุคคล

ข้อตกลงที่ผู้ปวย

ฉันเข้าใจว่าความรอบคอบสุขภาพและบริการอาจตรวจสอบข้อมูลโดยการตรวจสอบข้อมูลเครดิตและรับข้อมูลจากแหล่งอื่น ๆ เพื่อช่วยในการกำหนดสิทธิ์สำหรับความช่วยเหลือทางการเงินหรือแผนการชำระเงิน

ฉันยืนยันว่าข้อมูลข้างต้นเป็นจริงและถูกต้องตามความรู้ที่ดีที่สุดของฉัน

ฉันเข้าใจว่าข้อมูลทางการเงินที่ฉันให้ไว้จะถูกพิจารณาว่าเป็นเท็จผลที่ได้จะเป็นการปฏิเสธความช่วยเหลือทางการเงินและฉันอาจรับผิดชอบและคาดว่าจะจ่ายค่าบริการ

ลายเซ็นของผู้ใช้ _____

_____ วัน