

## אנווייזונגען וועגן דעם פארמולאר אויף צו פארלאנגען פינאנציעלע הילף/charity care

דאס איז אן אפליקאציע פאר פינאנציעלער הילף (אויך גערופן charity care - צדקה באהאנדלונג) - ביי Providence Health and Services.

פעדעראלע און שטאַט געזעצן פאָדערן אז אלע שפיטאלן זאלן צושטעלן פינאנציעלע הילף פאר מענטשן און פאמיליעס וועלכע קומען נאך געוויסע איינקונפט פאָדערונגען. פאציענטן און פאמיליעס וועלכע קומען נאך געוויסע איינקונפט פאָדערונגען קענען ראוי זיין צו באהאנדלונג, אומזיסט אָדער אויף אַ נידעריקער פרייז, געווענדט אין וויפל מענטשן זיינען אין דער פאמיליע און לויט זייער איינקונפט, אפילו אויב איר האָט health insurance (געזונט פארזיכערונג). כדי צו זען אונדזערע פינאנציעלע הילף פאליטיק און אנווייזונגען לגבי דעם רוקטאָריף (sliding scale), ביטע גייט צו דעם וועבזייט און קלייבט אויס דעם שטאַט אין וועלכן איר ווינט: <https://www.providence.org/obp>.

**וואס דעקט פינאנציעלע הילף?** פינאנציעלע הילף דעקט מעדיציניש ניטיקע באהאנדלונג אין אַ שפיטאל, צוגעשטעלט דורך איינעם פון אונדזערע שפיטעלער, געווענדט אויף אייער זיין ראוי. עס איז מעגלעך אז די פינאנציעלע הילף זאל נישט דעקן אלע קאסטן פון דער געזונט באדינונג, איינשליסלעך די באדינונגען וואָס ווערן צוגעשטעלט דורך אַנדערע אָרגאניזאציעס.

**אויב איר האָט פראגעס אָדער דארפט הילף מיטן אויספילן די אפליקאציע:** אונדזערע פינאנציעלע הילף פאליטיקן, אינפארמאציע איבער די פראגראמען און אפליקאציע מאטעריאלן קען מען קריגן אויף אונדזער וועבזייט אָדער דורכן טעלעפאן. איר קענט באקומען הילף פאר יעדער סיבה, איינשליסלעך זיין אן אינוואליד, און שפראך הילף. לויט דער בקשה, קען מען באקומען איבערגעזעצטע, שריפטלעכע דאקומענטן. ווי אזוי זיך צו שטעלן מיט אונדז אין קאנטאקט: <https://www.providence.org/obp> 866-747-2455 אָדער 503-215-3030 קליענט באדינונג פארשטייער אויף: 800-747-2455 אָדער 503-215-3030 מאַנטיק ביז פרייטיק פון 8:00 פארמיטאָג ביז 5:00 נאַכמיטאָג

### כדי אייער אפליקאציע זאל קענען ווערן פראצעסירט, מוזט איר:

- צושטעלן אינפארמאציע וועגן אייער פאמיליע
- פילט אויס וויפל פאמיליע מיטגלידער זיינען דא אין אייער הויזגעזינד (פאמיליע שליסט איין מענטשן וואָס זענען פארבונדן דורך געבורט, הייראט, אָדער אַדאָפטירונג און וועלכע וווינען צוזאַמען).
- אונדז צושטעלן אינפארמאציע וועגן אייער פאמיליעס חודשדיקע ברוטאָ הכנסה (פאר שטייערן און אַראַפּרעכענונגען) און איינשליסן געהאלט באַווייזונגען (W-2, pay stubs, פארמולארן, שטייער-דעקלאַראַציעס, בריוו מעלדנדיק וועגן צופסקענונגען פון דער סאַציאַל-פאַרזיכערונג אד"ג).
- (לייענט נאָך ביישפילן אין דער טייל וועגן איינקונפט אין דער אפליקאציע אויף פינאנציעלע הילף)
- שטעלט צו דאקומענטאציע וועגן דער הכנסה פון דער פאמיליע און אירע אַקטיוון
- לייגט ביי צוגאב אינפארמאציע אויב ניטיק
- שרייבט אונטער און דאטירט דעם פארמולאר פאר פינאנציעלער הילף

**מעלדונג:** איר דארפט נישט צושטעלן אַ (סאַציאַל פאַרזיכערונג) Social Security נומער כדי זיך צו צושטעלן פאר פינאנציעלער הילף. אויב איר שטעלט אונד צו אייער Social Security נומער וועט עס אונדז העלפן פארשנעלערן די פראצעסירונג פון אייער אפליקאציע. Social Security נומערן ווערן גענוצט כדי פעסטצושטעלן אינפארמאציע וואָס ווערט אונד צוגעשטעלט. אויב איר האָט נישט קיין Social Security נומער, ביטע באַצייכנט אַלס "נישט שייך" אָדער "NA".

### שיקט אריין די גאנצע דאקומענטאציע מיט דער פאסט צו:

PH&S Regional Business Office, P.O. Box 3299 Portland, OR 97208-3395. פאָרגעסט ניט צו בלייבן מיט אַ קאָפּיע פאר זיך.

**אריינצוגעבן אייער אויסגעפילטע אפליקאציע פערזענלעך:** נעמט עס צו אייער נאָענטסטן Hospital Cashier Office (שפיטאל קאסע ביוראָ)

מיר וועלן אייך מעלדן דעם דעפיניטיוון באַשלוס וועגן אייער ראוידיקייט און רעכט צו אַפעלירן, אויב שייך, אינערהאלב 30 קאלענדער טעג נאָך דעם באקומען אן אויסגעפילטע אפליקאציע אויף פינאנציעלער הילף, איינשליסלעך דאקומענטן וועגן הכנסה.

מיטן אריינגעבן אן אפליקאציע פאר פינאנציעלער הילף, דערלויבט איר אונדז צו מאַכן ניטיקע אויספראגעס כדי צו באַשטעטיקן פינאנציעלע התחייבותן און אינפארמאציע.

**מיר ווילן העלפן. ביטע שטעלט צו אייער אפליקאציע באַלדיק!**

**איר קענט באקומען חשבונות צו באַצאלן ביז ווען מיר באקומען אייער אינפארמאציע.**

## charity care \ אפליקאציע פארמולאר פאר פינאנציעלער הילף – געהיים

ביטע פילט אויס די גאנצע אינפארמאציע. אויב עס איז נישט שייך, שרייבט "NA". העפט צונויף נאך בלעטער אויב נייטיק.

### זיפונג אינפארמאציע

דארפט איר א דאלמעטשער?  יא  ניין אויב יא, שרייבט אויס די פרעפערירטע שפראך:

האָט דער פאָציענט זיך צוגעשטעלט צו Medicaid?  יא  ניין

באַקומט דער פאָציענט עפנטלעכע דינסטן פון שטאַט ווי TANF, Basic Food, אָדער WIC?  יא  ניין

איז דער פאָציענט איצט היימלאַז?  יא  ניין

איז דעם פאָציענטס מעדיצינישע באַהאַנדלונג פאַרבונדן מיט אַן אויטאָמאַטן אַקציענט אָדער אַ ווונד באַקומען ביי דער אַרבעט?  יא  ניין

### ביטע באַמערקט

- מיר קענען נישט גאראנטירן אז איר וועט קוואליפיצירן פאר פינאנציעלער הילף, אפילו אויב איר שטעלט זיך צו.
- ווען איר שיקט אריין אייער אפליקאציע, מעגן מיר נאכקוקן אייער גאנצע אינפארמאציע און מעגן בעטן נאך אינפארמאציע אדער באווייזן וועגן איינקונפט.
- אינערהאלב 30 קאלענדער טעג נאך דעם וואס מיר באקומען אייער אויסגעפילטע אפליקאציע און דאקומענטן, וועלן מיר אייך מעלדן אויב איר זענט ראוי אויף הילף.

### פאָציענט און אפליקאנט אינפארמאציע

פאמיליע נאָמען פון פאָציענט	צווייטער נאָמען פון פאָציענט	ערשטער נאָמען פון פאָציענט
Social Security נומער (ברירהדיק*)	געבורט דאַטע	<input type="checkbox"/> מאן <input type="checkbox"/> פרוי <input type="checkbox"/> אנדערע (מעג אָנגעבן _____)
*ברירהדיק, אָבער נייטיק פאַר אַ מער ברייטהאַרציקער הילף איבער די פאָדערונגען פון שטאַט געזעץ	געבורט דאַטע	דער מענטש וואָס איז פאַראַנטוואָרטלעך פאַר באַצאַלן דעם חשבון
Social Security נומער (ברירהדיק*)	געבורט דאַטע	אַנקערעניש צום פאָציענט
*ברירהדיק, אָבער נייטיק פאַר אַ מער ברייטהאַרציקער הילף איבער די פאָדערונגען פון שטאַט געזעץ		
הויפט קאָנטאַקט נומער(ן) ( ) _____ ( ) _____ בליצפאָסט אַדרעס:	City	State Zip Code
פאָסט אַדרעס		
אַרבעט צושטאַנד פון מענטש וואָס איז פאַראַנטוואָרטלעך פאַרן באַצאַלן דעם חשבון		
<input type="checkbox"/> אַרבעט (דאַטע פון אויפנאַמע: _____) <input type="checkbox"/> אַרבעטסלאַז (ווי לאַנג אַרבעטסלאַז: _____)		
<input type="checkbox"/> אַרבעט פאַר זיך אליין <input type="checkbox"/> סטודענט <input type="checkbox"/> אַן אינוואַליד <input type="checkbox"/> פענסיאָנער <input type="checkbox"/> אנדערע (_____)		

### פאמיליע אינפארמאציע

רעכנט אויס די פאמיליע מיטגלידער אינעם הויזגעזינד, איר איינגעשלאסן. "פאמיליע" שליסט איין מענטשן וואס זענען פארבונדן דורך געבורט, הייראט, אדער אדאפטירונג וועלכע וווינען צוזאַמען.

העפט צונויף נאך בלעטער אויב נייטיק

וויפל מענטשן אין דער פאמיליע

נאָמען	געבורט דאַטע	אַנקערעניש צום פאָציענט	אויב 18 יאָר אָדער עלטער אַרבעטסגעבער(ס) נאָמען אָדער הכנסה-קוואַל	אויב 18 יאָר אָדער עלטער: סך הכל חודשיקער איינקונפט (פאַר די שטייערן):	געבט איר זיך אויך איין פאַר פינאנציעלער הילף?
					יא \ ניין
					יא \ ניין
					יא \ ניין
					יא \ ניין

מען מוז אַנטפלעקן די הכנסה פון אַלע דערוואַקסענע מיטגלידער פון דער משפּחה. איינקונפט-קוועלער זיינען צום ביישפּיל:

- Wages (געהאַלטן) - Unemployment - Self-employment (פאַר זיך אליין אַרבעטן) - Worker's compensation - Disability - SSI

- Child/spousal support

- אַרבעטן און לערנען פאַראַראַמען (סטודענטן) - פענסיע - אויסטיילונגען פון אַ פענסיע חשבון - אנדערע (ביטע דערקלערט \_\_\_\_\_)

## charity care \ אפליקאציע פארמולאר פאר פינאנציעלער הילף – געהיים

### אינקונפט אינפארמאציע

**געדענקט:** איר מוזט צושטעלן א באווייז פון אינקונפט צוזאמען מיט אייער אפליקאציע.

איר מוזט צושטעלן אינפארמאציע וועגן דער הכנסה פון אייער פאמיליע. מען מוז פעסטשטעלן די הכנסה כדי צו באשליסן וועגן פינאנציעלער הילף אלע פאמיליע מיטגלידער 18 יאר און עלטער מוזן אנטפלעקן זייער הכנסה. אויב איר קענט נישט צושטעלן דאקומענטאציע, מעגט איר אריינגעבן א שריפטלעכע און אונטערגעשריבענע דעקלאראציע וואס שילדערט אייער הכנסה. ביטע שטעלט צו א באווייז פאר יעדער אינקונפט-קוואל וואס איר דערמאנט.

#### ביישפילן פון באווייז פון אינקונפט:

- א "W-2" אפרעכענונג דעקלאראציע; אדער
  - איצטיקע געהאלט באווייזונגען (3 מאנאטן); אדער
  - אייער שטייערן דעקלאראציע פון פאר א יאר, איינשליסלעך schedules; אדער
  - שריפטלעכע, אונטערגעשריבענע דעקלאראציעס פון ארבעטגעבערס אדער אנדערע; אדער
  - באשטעטיקונגלאנטזאגונג פון זיין ראוי אויף Medicaid און/אדער מעדיצינישע הילף באצאלט דורכן שטאַט; אדער
  - באשטעטיקונגלאנטזאגונג פון זיין ראוי אויף ארבעטסלאזיקייט קאמפּענסאַציע.
- אויב איר האָט נישט קיין שום באווייז פון הכנסה אדער קיין שום הכנסה, ביטע העפּט צונויף נאָך אַ בלאַט מיט אַ דערקלערונג.

### אינפארמאציע וועגן אויסגאבן

מיר נוצן די אינפארמאציע כדי צו באקומען א מער גאנצליך בילד פון אייער פינאנציעלן צושטאַנד.

#### חודשדיקע הויזגעזינד אויסגאבן:

_____ \$	מעידיצינישע אויסגאבן \$	_____ \$	דירה געלט/היפאטעק
_____ \$	עפנטלעכע דינונגען	_____ \$	פארזיכערונג פרעמיעס
_____ \$	(קינדער תמיכה, הלוואות, מעדיצינען, אנדערע)	_____ \$	אנדערע חובות/אויסגאבן

### פארמאג אינפארמאציע

די אינפארמאציע קען גענוצט ווערן אויב אייער אינקונפט איז איבער 101% פון די פעדעראלע ארעמקייט דירעקטיוון.

האָט אייער פאמיליע די דאָזיקע אנדערע פארמעגנס?	איצטיקע סאָלדע אין טשעקקאָנטע
<b>ביטע באצייכנט אלע וועלכע זענען נוגע</b>	_____ \$
<input type="checkbox"/> Stocks <input type="checkbox"/> Bonds <input type="checkbox"/> 401K <input type="checkbox"/> Health Savings Account(s) <input type="checkbox"/> Trust(s)	איצטיקע סאָלדע אין שפארקאָנטע
<input type="checkbox"/> געביידע (אויסשליסנדיק הויפט ווינארט) <input type="checkbox"/> פארמאגט אַ געשעפּט	_____ \$

### צוגאב אינפארמאציע

ביטע העפּט צונויף נאָך אַ בלאַט אויב עס איז דאָ אנדערע אינפארמאציע וועגן אייער איצטיקן פינאנציעלן צושטאַנד וואָס איר וואָלט געוואָלט מיר זאָלן וויסן, ווי צום ביישפיל אַ פינאנציעלע שוועריקייט, סעזאָנאלע אדער צייטווייליקע הכנסה, אדער אַ פּערזענלעכע פּאַרלוסט.

### פאציענט צושטימונג

איך פארשטיי אַז Providence Health & Services קען פעסטשטעלן אינפארמאציע דורכן איבערקוקן קרעדיט אינפארמאציע און באקומען אינפארמאציע פון אנדערע קוועלער כדי צו העלפן באשטימען ווער איז ראוי אויף פינאנציעלער הילף אדער באצאלונג פלענער.

איך דעקלאריר אַז די אויבנדערמאנטע אינפארמאציע איז ריכטיק און אמת אויף וויפל איך ווייס. איך פארשטיי אַז אויב די פינאנציעלע אינפארמאציע וואָס איך שטעל צו איז פאַלש, וועט דער רעזולטאַט זיין אַן אַנטזאָגונג פון פינאנציעלער הילף, און מען מעג מיך האלטן פאַראַנטוואָרטלעך פאַר צוגעשטעלטע דינסטן און דערווארטן איך זאָל פאַר זיי באצאלן.

\_\_\_\_\_ דאַטע

\_\_\_\_\_ אונטערשריפט פון מענטש וואָס שטעלט צו