

La charité soins/Financial Assistance de forme pose

Il s'agit d'une demande d'aide financière (également connu sous le nom des soins de la charité) à Providence santé et des Services.

Loi fédéral et d'État exige que tous les hôpitaux de fournir une aide financière aux personnes et aux familles qui satisfont à certaines exigences de revenu. Vous pourriez être admissible gratuitement soins ou tarif réduit selon votre taille de la famille et le revenu, même si vous avez une assurance santé. Pour afficher notre politique d'aide financière et faire glisser les lignes directrices échelle, s'il vous plaît aller à résidant site état de <https://www.providence.org/obp>

Que couvre l'aide financière ? L'aide financière médicale couvre les soins hospitaliers médicalement nécessaires fournis par l'un de nos hôpitaux selon votre éligibilité. Aide financière ne peut pas couvrir tous les coûts de soins de santé, y compris les services fournis par d'autres organisations.

Si vous avez des questions ou besoin d'aide pour remplir la présente demande : Nos politiques d'aide financière, informations sur les programmes et les documents de demande sont disponibles sur notre site Internet ou par téléphone. Vous pouvez obtenir l'aide pour une raison quelconque, y compris les personnes handicapées et assistance linguistique. Traduit des documents écrits disponibles sur demande.

Voici comment nous contacter : <https://www.providence.org/obp>

Service à la clientèle au : 503-215-3030 ou 866-747-2455

Lundi au vendredi de 08:00 à 17:00

Afin que votre application à traiter, vous devez :

- Nous fournir des informations à propos de votre famille**
Renseignez le nombre de membres de la famille dans votre foyer (famille inclut les personnes liées par la naissance, de mariage ou d'adoption, qui vivent ensemble)
- Nous fournir des informations sur le revenu mensuel brut de votre famille (bénéfice avant impôts et déductions) pour y inclure les bordereaux de paie, les formes W-2, déclarations, lettres supérieures de sécurité sociale, etc..**
(voir la demande d'aide financière section « recettes » pour plus d'exemples)
- Fournir les documents pour le revenu familial et déclarer des biens**
- Joindre des informations supplémentaires si nécessaire**
- Signez et datez le formulaire d'aide financière**

Remarque : Vous n'avez pas à fournir un numéro de sécurité sociale pour demander de l'aide financière. Si vous nous fournissez votre numéro de sécurité sociale il va aider à accélérer le traitement de votre demande. Les numéros de sécurité sociale sont utilisés pour vérifier les informations qui nous sont fournies. Si vous n'avez pas de numéro de sécurité sociale, veuillez indiquer « sans objet » ou « NC ».

Poste ou par télécopieur rempli demande avec toute la documentation à: Bureau d'affaires régional PH & S, case postale 3299 Portland, OR 97208-3395. N'oubliez pas de garder une copie pour vous-même.

Pour soumettre votre demande dûment remplie en personne: Prendre à votre bureau de caissier hôpital le plus proche

Nous vous informerons de la décision définitive des droits d'admissibilité et d'appel, le cas échéant, dans les 14 jours suivant la réception d'une demande d'aide financière complète, y compris la documentation du revenu.

En soumettant une demande d'aide financière, vous donnez votre consentement pour nous de faire les investigations nécessaires pour confirmer l'information et les obligations financières.

Nous voulons aider. Veuillez soumettre votre candidature sans tarder ! Vous pouvez recevoir des factures jusqu'à ce que nous recevons vos informations.

La charité soin/Financial Assistance formulaire de demande – confidentiel

Veuillez remplir toutes les informations complètement. Si elle ne s'applique pas, écrivez « NC ». Ajouter des pages supplémentaires si nécessaire.

INFORMATION DE DEPISTAGE

Avez-vous besoin d'un interprète? Oui Non Dans l'affirmative, liste langue préférée:

Le patient a demandé à Medicaid? Oui Non

Le patient reçoit des services publics Etat comme TANF, ménagère ou WIC ? Oui Non

Le patient est actuellement sans abri? Oui Non

Soins médicaux du patient est besoin de liées à une blessure d'accident ou de travaux de voiture? Oui Non

NOTEZ S'IL VOUS PLAÎT

- Nous ne pouvons pas garantir que vous aurez droit à une aide financière, même si vous appliquez.
- Une fois que vous envoyez dans votre application, on peut vérifier toutes les informations et peut demander des informations supplémentaires ou une preuve de revenu.
- Dans les 14 jours après réception de votre demande dûment remplie et documentation, nous vous indiquerons si vous êtes admissible à une aide.

INFORMATIONS PATIENT ET DEMANDEUR

Nom du patient	Deuxième prénom du patient		Nom du patient
<input type="checkbox"/> Mâle <input type="checkbox"/> Femelle <input type="checkbox"/> Autre (peut spécifier _____)	Date de naissance		Patient numéro d'assurance sociale (facultatif*) * facultatif, mais nécessaire pour une aide plus généreuse au-dessus des exigences de la loi état
Responsable du paiement de la facture	Relation avec le patient	Date de naissance	Patient numéro d'assurance sociale (facultatif*) * facultatif, mais nécessaire pour une aide plus généreuse au-dessus des exigences de la loi état
Adresse Mail _____			Numéros de contact principaux () _____ () _____ Adresse électronique : _____
Ville	Etat	Code Postal	
Statut d'emploi de la personne responsable du paiement de facture <input type="checkbox"/> Indépendant (date d'embauche: _____) <input type="checkbox"/> Chômeurs (combien de temps au chômage: _____) <input type="checkbox"/> Travailleur Indépendant <input type="checkbox"/> Etudiant <input type="checkbox"/> Désactivé <input type="checkbox"/> Retraité <input type="checkbox"/> Autre (_____)			

INFORMATION FAMILIALE

Membres de la famille liste dans votre foyer, y compris vous. « Famille » inclut les personnes liées par la naissance, de mariage ou d'adoption, qui vivent ensemble.

TAILLE DE LA FAMILLE _____

Joignez des pages supplémentaires si nécessaire

Nom	Date de naissance	Relation au patient	Si 18 ans ou plus : nom de l'employeur ou de la source de revenu	Si 18 ans ou plus : Total des revenus mensuels bruts (avant impôts) :	Également une demande d'aide financière ?
					Oui / Non
					Oui / Non

Revenu de tous les adultes membres de la famille doit être divulgué. Sources de revenu comprennent, par exemple :

- Les Salaires - Chômage - Travail Indépendant - L'indemnisation Des Travailleurs - Invalidité - SSI
- Pension Alimentaire Pour Enfant / Conjoint - Programmes D'études Professionnelles (Etudiants) - Pension
- Répartition Du Compte De Retraite - Autre (veuillez expliquer _____)

La charité soin/Financial Assistance formulaire de demande – confidentiel

INFORMATION SUR LE REVENU

N'oubliez pas : Vous devez inclure une preuve de revenu avec votre application.

Vous devez fournir des informations sur le revenu de votre famille. Vérification du revenu est nécessaire pour déterminer l'aide financière.

Tous les membres de la famille 18 ans ou plus doivent divulguer leur revenu. Si vous ne pouvez pas fournir la documentation, vous pouvez soumettre une déclaration signée écrite décrivant votre revenu. Veuillez fournir la preuve pour chaque source identifiée de revenu. Exemples de preuve de revenu:

- Une déclaration de retrait « W-2 » ; ou
- Courant paye (3 mois) ; ou
- Déclaration d'impôt de l'année dernière, y compris les annexes, le cas échéant ; ou
- Écrit, signé des déclarations provenant d'employeurs ou d'autres ; ou
- Approbation/rejet d'admissibilité pour Medicaid et/ou assistance médicale financés par l'état ; ou
- Approbation/rejet d'admissibilité à l'indemnisation du chômage.

Si vous n'avez aucune preuve de revenu ou sans revenu, veuillez joindre une page supplémentaire avec une explication.

INFORMATIONS SUR LES FRAIS

Nous utilisons ces informations pour obtenir une image plus complète de votre situation financière.

Frais de ménage mensuels:

Loyer / hypothèque \$ _____

Les primes d'assurance \$ _____

Autres dettes / dépenses \$ _____

Frais médicaux \$ _____

Utilitaires \$ _____

(pension alimentaire pour enfants, les prêts, les médicaments, autres)

INFORMATION D'ACTIF

Cette information peut être utilisée si votre revenu est supérieur à 101 % des lignes directrices fédérales sur la pauvreté.

Solde de compte courant

\$ _____

Solde du compte d'épargne

\$ _____

Votre famille a-t-elle ces autres biens?

Veillez cocher toutes les cases

Les Stocks Liens 401K Comptes D'épargne Santé

Les Fiducies Propriété (Hors Résidence Principale)

Posséder Une Entreprise

INFORMATION ADDITIONNELLE

Veuillez joindre une page supplémentaire s'il y a autres informations sur votre situation financière que vous souhaitez nous faire connaître, tels que les difficultés financières, dépenses médicales excessives, saisonnières ou temporaire du revenu ou perte personnelle.

ACCORD PATIENT

Je comprends que Providence santé et des Services peuvent vérifier les informations de révision des renseignements de crédit et obtenir de l'information provenant d'autres sources afin d'aider à déterminer l'admissibilité aux plans financiers d'aide ou de paiement.

J'affirme que les renseignements ci-dessus sont véridiques et exacts au meilleur de ma connaissance. Je comprends si l'information financière que je donne est déterminée à avoir la valeur false, le résultat peut être le refus de l'aide financière, et j'ai peut être responsable et s'attendre à payer pour les services fournis.

Signature De La Personne Qui Demande _____

La Date D'aujourd'hui _____