

## Tổ chức từ thiện chăm sóc/tài chính hỗ trợ ứng dụng mẫu hướng dẫn

Đây là một ứng dụng để hỗ trợ tài chính (còn gọi là tổ chức từ thiện chăm sóc) tại Providence y tế và dịch vụ.

Luật pháp liên bang và tiểu bang yêu cầu tất cả các bệnh viện để cung cấp hỗ trợ tài chính cho người dân và gia đình những người đáp ứng một số yêu cầu thu nhập. Bạn có thể đủ điều kiện miễn phí chăm sóc hoặc chăm sóc giảm giá dựa trên kích thước gia đình của bạn và thu nhập, thậm chí nếu bạn có bảo hiểm y tế. Để xem chính sách hỗ trợ tài chính của chúng tôi và trượt quy mô hướng dẫn, xin vui lòng đi đến định cư nhà nước trang web từ <https://www.providence.org/obp>

**Hỗ trợ tài chính bao gồm những gì?** Hỗ trợ tài chính y tế bao gồm chăm sóc cần thiết về mặt y tế bệnh viện được cung cấp bởi một trong bệnh viện của chúng tôi tùy thuộc vào điều kiện của bạn. Hỗ trợ tài chính có thể không bao gồm tất cả chi phí chăm sóc sức khỏe, bao gồm dịch vụ được cung cấp bởi các tổ chức khác.

**Nếu bạn có thắc mắc hoặc cần sự giúp đỡ hoàn thành ứng dụng này:** chính sách hỗ trợ tài chính của chúng tôi, thông tin về các chương trình, và các vật liệu ứng dụng có sẵn trên trang web của chúng tôi hoặc qua điện thoại. Bạn có thể có được sự giúp đỡ cho bất kỳ lý do nào, bao gồm cả người Khuyết tật và hỗ trợ ngôn ngữ. Dịch viết tài liệu theo yêu cầu. Dưới đây là làm thế nào để liên hệ với chúng tôi: <https://www.providence.org/obp>

Đại diện dịch vụ khách hàng tại: 503-215-3030 hoặc 866-747-2455

Thứ hai-thứ sáu 8:00 sáng đến 5:00 chiều

### **Để cho ứng dụng của bạn để được xử lý, bạn phải:**

- Cung cấp cho chúng tôi các thông tin về gia đình của bạn**  
Điền vào số lượng các thành viên gia đình trong gia đình của bạn (họ này bao gồm những người có liên quan theo khai sinh, kết hôn hoặc nhận con nuôi sống chung với nhau)
- Cung cấp cho chúng tôi thông tin về tổng thu nhập hàng tháng của gia đình (thu nhập trước thuế và khấu trừ) để bao gồm các trả tiền khai, W-2 hình thức, khai thuế, an sinh xã hội giải thưởng thư, v.v..**  
(Xem thu nhập phần ứng dụng hỗ trợ tài chính cho các ví dụ)
- Cung cấp tài liệu hướng dẫn cho gia đình thu nhập và khai báo tài sản**
- Đính kèm thông tin bổ sung nếu cần thiết**
- Đăng nhập và ngày hình thức hỗ trợ tài chính**

**Lưu ý: Bạn không cần phải cung cấp một số an sinh xã hội để nộp đơn xin hỗ trợ tài chính.** Nếu bạn cung cấp cho chúng tôi số an sinh xã hội của bạn, nó sẽ giúp tăng tốc độ xử lý ứng dụng của bạn. Số an sinh xã hội được sử dụng để xác minh thông tin cung cấp cho chúng tôi. Nếu bạn không có một số an sinh xã hội, xin vui lòng đánh dấu "không áp dụng" hoặc "NA."

**Mail hoặc fax đơn đã hoàn tất với tất cả tài liệu hướng dẫn để:** PH & S kinh doanh văn phòng khu vực, P.O. Box 3299 Portland, OR 97208-3395. Hãy chắc chắn để giữ một bản sao cho chính mình.

**Để gửi đơn của bạn đã hoàn thành trong người:** đi đến văn phòng thu ngân bệnh viện gần nhất của bạn

Chúng tôi sẽ thông báo cho bạn về những quyết định cuối cùng của hội đủ điều kiện và phúc thẩm quyền, nếu có thể, trong vòng 14 ngày kể từ ngày nhận được một ứng dụng hoàn chỉnh hỗ trợ tài chính, bao gồm cả các tài liệu thu nhập.

Bằng cách gửi một ứng dụng hỗ trợ tài chính, bạn cho phép bạn cho chúng tôi để làm cho các yêu cầu cần thiết để xác nhận nghĩa vụ tài chính và thông tin.

**Chúng tôi muốn giúp đỡ. Xin vui lòng gửi đơn của bạn nhanh chóng! Bạn có thể nhận hóa đơn cho đến khi chúng tôi nhận được thông tin của bạn.**

## Tổ chức từ thiện chăm sóc/tài chính hỗ trợ mẫu đơn-bảo mật

Xin vui lòng điền vào tất cả thông tin hoàn toàn. Nếu nó không áp dụng, viết "NA." Đính kèm trang bổ sung nếu cần thiết.

### KIỂM TRA THÔNG TIN

Bạn có cần một thông dịch viên?  Có  Không Nếu có, danh sách ưa thích ngôn ngữ:

Bệnh nhân đã được áp dụng cho Medicaid?  Có  Không

Bệnh nhân có nhận được dịch vụ công cộng tiểu bang như TANF, thực phẩm cơ bản hoặc WIC?  Có  Không

Là bệnh nhân hiện đang vô gia cư?  Có  Không

Chăm sóc y tế của bệnh nhân cần liên quan đến xe tai nạn hoặc làm việc chấn thương?  Có  Không

### XIN VUI LÒNG LƯU Ý

- Chúng tôi không thể đảm bảo rằng bạn sẽ đủ điều kiện để được hỗ trợ tài chính, thậm chí nếu bạn áp dụng.
- Sau khi bạn gửi trong ứng dụng của bạn, chúng tôi có thể kiểm tra tất cả các thông tin và có thể yêu cầu thông tin bổ sung hoặc giấy tờ chứng minh thu nhập.
- Trong vòng 14 ngày sau khi chúng tôi nhận được của bạn ứng dụng hoàn thành và tài liệu, chúng tôi sẽ thông báo cho bạn nếu bạn đủ điều kiện để được hỗ trợ.

### THÔNG TIN BỆNH NHÂN VÀ NGƯỜI NỘP ĐƠN

Bệnh nhân tên	Bệnh nhân tên đệm		Bệnh nhân tên cuối cùng
<input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ <input type="checkbox"/> Khác (có thể chỉ định _____)	Ngày tháng năm sinh		Bệnh xã hội an ninh số (tùy chọn *)  <i>* tùy chọn, nhưng cần thiết để được hỗ trợ rộng rãi hơn trên yêu cầu pháp luật nhà nước</i>
Người chịu trách nhiệm đối với thanh toán hóa đơn	Mối quan hệ cho bệnh nhân	Ngày tháng năm sinh	Số an sinh xã hội (tùy chọn *)  <i>* tùy chọn, nhưng cần thiết để được hỗ trợ rộng rãi hơn trên yêu cầu pháp luật nhà nước</i>
Địa chỉ gửi thư			Chính liên hệ number(s) ( ) _____ ( ) _____
Thành phố	Nhà nước	Mã bưu điện	Địa chỉ email: _____
Tình trạng việc làm của người chịu trách nhiệm về thanh toán hóa đơn			
<input type="checkbox"/> <b>Làm việc</b> (ngày tháng cho thuê: _____) <input type="checkbox"/> <b>Thất nghiệp</b> (bao lâu người thất nghiệp: _____) <input type="checkbox"/> <b>Tự làm</b> <input type="checkbox"/> <b>Sinh viên</b> <input type="checkbox"/> <b>Khuyết tật</b> <input type="checkbox"/> <b>Nghỉ hưu</b> <input type="checkbox"/> <b>Khác</b> ( _____ )			

### THÔNG TIN GIA ĐÌNH

Danh sách các thành viên gia đình trong gia đình của bạn, bao gồm cả bạn. "Gia đình" bao gồm những người có liên quan theo khai sinh, kết hôn hoặc nhận con nuôi người sống với nhau.

GIA ĐÌNH \_\_\_\_\_

Đính kèm trang bổ sung nếu cần thiết

Tên	Ngày sinh	Mối quan hệ cho bệnh nhân	Nếu 18 tuổi trở lên: Employer(s) tên hoặc nguồn thu nhập	Nếu 18 tuổi trở lên: Tổng số tổng thu nhập hàng tháng (trước thuế):	Cũng xin hỗ trợ tài chính?
					Có / Không
					Có / Không
					Có / Không

**Tất cả người lớn thành viên gia đình thu nhập phải được tiết lộ. Nguồn thu nhập bao gồm, ví dụ:**

- Tiền lương - Tỷ lệ thất nghiệp - Tự tạo việc làm - Bồi thường thiệt hại của người lao động - Người Khuyết tật - SSI - Hỗ trợ trẻ em/spousal - Chương trình học tập làm việc (sinh viên) - Pension - Quỹ hưu trí tài khoản phân phối
- Khác (vui lòng giải thích \_\_\_\_\_)

## Tổ chức từ thiện chăm sóc/tài chính hỗ trợ mẫu đơn-bảo mật

### THU NHẬP THÔNG TIN

*Ghi nhớ: Bạn phải bao gồm giấy tờ chứng minh thu nhập với ứng dụng của bạn.*

**Bạn phải cung cấp thông tin về thu nhập của gia đình bạn. Xác minh thu nhập là cần thiết để xác định hỗ trợ tài chính. Tất cả các thành viên gia đình 18 tuổi trở lên phải tiết lộ thu nhập của họ. Nếu bạn không thể cung cấp tài liệu, bạn có thể gửi một tuyên bố đã ký viết mô tả các thu nhập của bạn. Xin vui lòng cung cấp bằng chứng cho mỗi nguồn thu nhập được xác định.**

#### **Ví dụ về giấy tờ chứng minh thu nhập:**

- Một tuyên bố giữ lại "W-2"; hoặc
- Hiện tại trả tiền khai (3 tháng); hoặc
- Cuối năm của thuế thu nhập, bao gồm lịch trình nếu có; hoặc
- Văn bản, có chữ ký báo cáo từ các nhà tuyển dụng hoặc những người khác; hoặc
- Phê duyệt/từ chối các điều kiện về Medicaid và/hoặc tài trợ bang trợ giúp y tế; hoặc
- Phê duyệt/từ chối đủ điều kiện bồi thường thất nghiệp.

Nếu bạn có không có bằng chứng về thu nhập hoặc có thu nhập, xin vui lòng đính kèm một trang bổ sung với một lời giải thích.

### THÔNG TIN CHI PHÍ

*Chúng tôi sử dụng thông tin này để có được một bức tranh hoàn chỉnh hơn về tình hình tài chính của bạn.*

#### **Chi phí hàng tháng của hộ gia đình:**

Thuê nhà/thế chấp	\$ _____	Chi phí y tế	\$ _____
Phí bảo hiểm	\$ _____	Tiền ích	\$ _____
Nợ/chi phí khác	\$ _____	(hỗ trợ trẻ em, cho vay, thuốc men, khác)	

### THÔNG TIN TÀI SẢN

*Thông tin này có thể được sử dụng nếu thu nhập của bạn là trên 101% của các hướng dẫn về nghèo đói liên bang.*

Số dư hiện tại của tài khoản kiểm tra

\$ \_\_\_\_\_

Số dư hiện tại của tài khoản tiết kiệm

\$ \_\_\_\_\_

Gia đình của bạn có các tài sản khác không?

#### **Hãy kiểm tra tất cả các áp dụng**

- Cổ phiếu    Trái phiếu    401K    Tài khoản tiết kiệm y tế (s)  
 Tin tưởng (s)    Bất động sản (trừ nơi ở chính)    Sở hữu một doanh nghiệp

### THÔNG TIN BỔ SUNG

Xin vui lòng đính kèm một trang bổ sung nếu có các thông tin về tình hình tài chính hiện tại của bạn mà bạn muốn chúng ta biết, chẳng hạn như một khó khăn tài chính, quá nhiều chi phí y tế, theo mùa hoặc tạm thời thu nhập, hoặc cá nhân mất.

### BỆNH NHÂN THỎA THUẬN

Tôi hiểu rằng Providence y tế và dịch vụ có thể xác minh thông tin bằng cách xem xét thông tin tín dụng và các thông tin Lấy từ các nguồn khác để hỗ trợ trong việc xác định đủ điều kiện cho kế hoạch hỗ trợ hoặc thanh toán tài chính.

Tôi khẳng định rằng các thông tin trên là đúng sự thật và chính xác để tốt nhất của kiến thức của tôi. Tôi hiểu nếu thông tin tài chính, tôi cho xác định là giả, kết quả có thể từ chối hỗ trợ tài chính, và tôi có thể phải chịu trách nhiệm và dự kiến sẽ trả tiền cho dịch vụ cung cấp.

\_\_\_\_\_  
Chữ ký của người nộp đơn

\_\_\_\_\_  
Ngày