

Բարեգործական խնամքի/Ֆինանսական աջակցության դիմումի ձևի հրահանգներ

Սա Փրովիդենսում ֆինանսական օգնության (ևաև հայտնի է որպես բարեգործական խնամք) դիմում է:

Դաշնային և նահանգային օրենքը բոլոր հիվանդանոցներից պահանջում է ֆինանսական օգնություն տրամադրել մարդկանց և ընտանիքներին, ովքեր բավարարում են եկամտի որոշակի պահանջները: Դուք կարող եք որակավորվել անվճար խնամքի կամ գեղջված խնամքի համար՝ ելնելով ձեր ընտանիքի չափից և եկամուտից, նույնիսկ եթե ունեք առողջության ապահովագրություն: Մեր ֆինանսական աջակցության քաղաքականությունը և սլայդերի սանդղակի ուղեցույցները դիտելու համար խնդրում ենք գնալ ձեր բնակության պետական վեբկայք այստեղից <https://www.providence.org/obp>.

Ի՞նչ է ներառում ֆինանսական օգնությունը: Բժշկական ֆինանսական օգնությունը ապահովագրում է բժշկական անհրաժեշտ օգնությունը, որը տրամադրվում է մեր հիվանդանոցներից կամ կլինիկաներից մեկի կողմից, որը մեր կազմակերպությունների խմբի մաս է կազմում՝ կախված ձեր իրավասությունից: Ֆինանսական օգնությունը չի կարող ապահովագրել առողջապահական բոլոր ծախսերը, ներառյալ այլ կազմակերպությունների կողմից մատուցվող ծառայությունները:

Եթե ունեք հարցեր կամ օգնության կարիք ունեք այս դիմումը լրացնելու համար՝ Մեր ֆինանսական օգնության կանոնները, ծրագրի մասին տեղեկությունները և դիմումի նյութերը հասանելի են մեր կայքում կամ հեռախոսով: Դուք կարող եք օգնություն ստանալ ցանկացած խնդրով, ներառյալ հաշմանդամությունը և լեզվական օգնությունը: Թարգմանված գրավոր փաստաթղթերը տրամադրվում են ըստ պահանջի: Ահա, թե ինչպես կապվել մեզ հետ՝ <https://www.providence.org/obp>

Հաճախորդների սպասարկման ներկայացուցիչներ՝ 503-215-7575 կամ 855-229-6466
հեռախոսահամարներով
Երկուշաբթի-ուրբաթ առավոտյան 8:00-ից 17:00-ը

Ձեր դիմումին ընթացք տալու համար դուք պետք է՝

- Տրամադրեք մեզ տեղեկություններ ձեր ընտանիքի մասին**
Լրացրեք ձեր ընտանիքի անդամների քանակը (ներառյալ արյունակցական կապ ունեցող, ամուսնությամբ կամ որդեգրմամբ կապված մարդիկ, ովքեր ապրում ձեր հետ)
- Տրամադրեք մեզ տեղեկատվություն ձեր ընտանիքի համախառն ամսական եկամտի մասին (եկամուտը նախքան հարկերը և պահումները), ներառյալ վճարման անդորրագրերը, W-2 ձևերը, հարկային հայտարարագրերը, սոցիալական ապահովության վճարման նամակները և ակտիվներից ստացված եկամուտների քաղվածքները և հայտարարագրեք և տրամադրեք ակտիվների փաստաթղթերը:¹**

¹ Բացառությամբ նահանգային օրենքով արգելված դեպքերի, Պրովիդենսը կհավաքի և կքննարկի ակտիվների հետ կապված տեղեկությունները, ինչպես պահանջվում է Medicare-ի և Medicaid ծառայությունների կենտրոնների (CMS) կողմից՝ Medicare-ի ծախսերի հաշվետվության համար:

(Լրացուցիչ օրինակների համար տե՛ս ֆինանսական օգնության դիմումի եկամուտի բաժինը)

- ❑ **Անհրաժեշտության դեպքում կցեք լրացուցիչ տեղեկություններ**
- ❑ **Ստորագրեք և գրեք ամսաթիվը ֆինանսական օգնության ձևաթղթի վրա**

Նշում. ֆինանսական աջակցության համար դիմելու համար պարտադիր չէ տրամադրել սոցիալական ապահովության համար՝ Եթե դուք մեզ տրամադրում եք ձեր Սոցիալական ապահովության համարը, ձեր Սոցիալական ապահովության համարը կարող է օգտագործվել ձեզ նույնականացնելու կամ մեզ տրամադրված տեղեկատվությունը ստուգելու համար: Եթե չունեք Սոցիալական ապահովության համար, խնդրում ենք նշել «կիրառելի չէ» կամ «ԿՉ»:

Ուղարկեք լրացված հայտը բոլոր փաստաթղթերով հետևյալ հասցեով՝ Ընկերության տարածաշրջանային գրասենյակը Պրովիդենսում, փոստարկղ 3299, Պորտլենդ, կամ 97208-3395, Ամերիկայի Միացյալ Նահանգներ: Անպայման պատճենը պահեք ձեր մոտ:

Լրացված դիմումը անձամբ ներկայացնելու համար՝ Տարեք ձեր մոտակա հիվանդանոցի ֆինանսական խորհրդատուի գրասենյակ: Մենք ձեզ կտեղեկացնենք իրավասության վերջնական որոշման և բողոքարկման իրավունքների մասին, եթե կիրառելի է, ամբողջական ֆինանսական օգնության դիմումը ստանալուց հետո 14-ից 30 օրվա ընթացքում, ներառյալ եկամտի մասին փաստաթղթերը:

Ֆինանսական օգնության դիմում ներկայացնելով՝ դուք տալիս եք ձեր համաձայնությունը, որպեսզի մենք կատարենք անհրաժեշտ հարցումներ՝ ֆինանսական պարտավորությունները և տեղեկատվությունը հաստատելու համար:

Մենք ուզում ենք օգնել: Խնդրում ենք անհապաղ ներկայացնել ձեր դիմումը: Դուք կարող եք շարունակել ստանալ վճարային բաղվածքներ, մինչև մենք չստանանք ձեր լրացված դիմումը և պահանջվող փաստաթղթերը, եթե դա արգելված չէ ձեր նահանգի բարեգործական խնամքի մասին օրենքներով:

Քարեգործական Խնամքի/Ֆինանսական Օգնության Դիմումի Ձև – գաղտնի
 Խնդրում ենք ամբողջությամբ լրացնել բոլոր տեղեկությունները: Եթե դա չի կիրառվում, գրեք «ԿՉ»: Անհրաժեշտության դեպքում կցեք լրացուցիչ էջեր:

ՍԿՐԻՆԻՆԳԱՅԻՆ ՏԵՂԵԿԱՏՎՈՒԹՅՈՒՆ

Ձեզ թարգմանիչ պե՞տք է: Այո ոչ Եթե այո, նշեք Ձեր նախընտրած լեզուն:

Արդյո՞ք հիվանդը դիմել է Medicaid-ի համար: Այո Ոչ Հիվանդը կու՞յր է: Այո Ոչ

Արդյո՞ք հիվանդը հաշմանդամ է: Այո Ոչ

Արդյո՞ք հիվանդը ստանում է պետական հանրային ծառայություններ, ինչպիսիք են TANF-ը, Basic Food-ը կամ WIC-ը: Այո Ոչ

Արդյո՞ք հիվանդը ներկայումս անօթևան է: Այո Ոչ

Արդյո՞ք հիվանդի բժշկական օգնության կարիքը կապված է ավտովթարի կամ աշխատանքային վնասվածքի հետ: Այո Ոչ

ԽՆԴՐՈՒՄ ԵՆՔ ՀԱՇՎԻ ԱՌՆԵԼ

- Մենք չենք կարող երաշխավորել, որ դուք իրավասու կլինեք ֆինանսական օգնություն ստանալու համար, նույնիսկ եթե դիմում ներկայացնեք:
- Ձեր դիմումը ներկայացնելուց հետո մենք կարող ենք ստուգել բոլոր տեղեկությունները և պահանջել լրացուցիչ տեղեկություններ կամ եկամտի ապացույց:
- Ձեր լրացված դիմումը և փաստաթղթերը ստանալուց հետո 14-30 օրվա ընթացքում մենք ձեզ կտեղեկացնենք մեր որոշման մասին:

ՀԻՎԱՆԴԻ և ԴԻՄՈՐԴԻ ՄԱՍԻՆ ՏԵՂԵԿԱՏՎՈՒԹՅՈՒՆ

Հիվանդի անունը	Հիվանդի հայրանունը		Հիվանդի Ազգանունը
<input type="checkbox"/> Արական <input type="checkbox"/> Իգական <input type="checkbox"/> Այլ (կարող էք նշել)	Ծննդյան ամսաթիվ		Հիվանդի սոցիալական ապահովության համարը (ըստ ցանկության)
Հաշիվը վճարելու համար պատասխանատու անձ	Վերաբերմունք հիվանդի նկատմամբ	Ծննդյան ամսաթիվ	Սոցիալական ապահովության համարը (ըստ ցանկության)
Ֆոստային հասցե _____			Հիմնական կոնտակտային համար(ները) () _____ () _____
Քաղաք նահանգ Փոստային ինդեքս			Էլեկտրոնային հասցե՝ _____

Հաշիվը վճարելու համար պատասխանատու անձի աշխատանքային կարգավիճակը

Աշխատանքի ընդունված (աշխատանքի ընդունման ամսաթիվը): _____

Գործազուրկ (որքան ժամանակ է գործազուրկ): _____

Իքնագրադված **Ուսանող** **Հաշմանդամ** **Թոշակառու**

Այլ _____

ԸՆՏԱՆԵԿԱԼ ՏԵՂԵԿԱՏՎՈՒԹՅՈՒՆ

Թվարկեք ձեր ընտանիքի անդամներին, ներառյալ ձեզ: (ներառյալ արյունակցական կապ ունեցող, ամուսնությամբ կամ որդեգրմամբ կապված մարդիկ, ովքեր ապրում ձեր հետ)
ԸՆՏԱՆԻՔԻ ԱՆԴԱՄՆԵՐԻ ԶԱՆԱԿԸ *դեպքում կցեք լրացուցիչ էջ*

Անուն	Ծննդյան ամսաթիվ	Վերաբերմունք հիվանդի նկատմամբ	Եթե 18 տարեկան կամ ավելի բարձր է՝ Գործատու(ներ) ի անունը կամ եկամտի աղբյուրը	Եթե 18 տարեկան կամ ավելի բարձր՝ Ամսական ընդհանուր համախառն եկամուտը (նախքան հարկերը)	Դիմում եք նաև ֆինանսական աջակցության համար:
					Այո / Ոչ
					Այո / Ոչ
					Այո / Ոչ
					Այո / Ոչ

Ընտանիքի բոլոր չափահաս անդամների եկամուտները պետք է ներկայացվեն: Եկամտի աղբյուրները ներառում են, օրինակ՝
 Աշխատավարձեր- Գործազրկություն-հնքնագրադվածություն-Աշխատողի փոխհատուցում-Յաշմանդամություն-SSI-Երեխաների/ամուսնների աջակցություն- Աշխատանքային ուսումնական ծրագրեր (ուսանողներ)- Եկամուտ ստացված ակտիվներից, օրինակ՝ բաժնետոմսեր, պարտատոմսեր, IRAs, փոխադարձ հիմնադրամներ, վարձակալության եկամուտ և այլն:

Բարեգործական Խնամքի/Ֆինանսական Օգնության Դիմումի Ձև – գաղտնի

ԵԿԱՄՈՒՏՆԵՐԻ ՄԱՍԻՆ ՏԵՂԵԿԱՏՎՈՒԹՅՈՒՆ

Հիշե՛ք՝ Դուք պետք է ձեր դիմումին կցեք եկամուտը հաստատող փաստաթուղթ:

Դուք պետք է տեղեկատվություն տրամադրեք ձեր ընտանիքի եկամուտների մասին: Ֆինանսական օգնության չափը որոշելու համար անհրաժեշտ է եկամտի ապացույց: 18 և բարձր տարիքի ընտանիքի բոլոր անդամները պետք է ներկայացնեն իրենց եկամուտների մասին տեղեկությունները: Եթե դուք չեք կարող փաստաթղթեր ներկայացնել, կարող եք ներկայացնել գրավոր հայտարարություն ստորագրությամբ, որը նկարագրում է ձեր եկամուտը: Խնդրում ենք տրամադրել յուրաքանչյուր ներկայացված եկամտի աղբյուրի ապացույց:

Եկամտի հաստատման օրինակները ներառում են՝

- «W-2» պահումների քաղվածք՝ կամ
- Ընթացիկ աշխատավարձի անդորրագրեր (3 ամիս)՝ կամ
- Անցյալ տարվա եկամտահարկի հայտարարագիրը, ներառյալ գրաֆիկները, եթե կիրառելի է՝ կամ
- Գրավոր, ստորագրված հայտարարություններ գործատուներից կամ այլ անձանցից՝ կամ
- Ակտիվներից (բաժնետոմսեր, պարտատոմսեր, IRA, փոխադարձ հիմնադրամներ և այլն) ստացված եկամուտների մասին հաշվետվություններ՝ կամ
- Գործազրկության նպաստի իրավասության հաստատում/մերժում:

Եթե չունեք եկամտի ապացույց կամ եկամուտ չունեք, խնդրում ենք կցել լրացուցիչ էջ՝ բացատրությամբ:

ՏԵՂԵԿԱՏՎՈՒԹՅՈՒՆ ԾԱԽՍԵՐԻ ՄԱՍԻՆ

Մենք օգտագործում ենք այս տեղեկատվությունը ձեր ֆինանսական վիճակի մասին ավելի ամբողջական պատկերացում կազմելու համար:

Ամսական կենսական հիմնական ծախսեր՝
 Վարձակալություն/հիփոթեք \$ _____ Բժշկական ծախսեր \$ _____
 Բժշկական ապահովագրության վճարներ \$ _____ Կոմունալ ծառայություններ \$ _____
 Այլ պարտքեր / ծախսեր \$ _____ (երեխայի աջակցություն, վարկեր, դեղեր և այլն)

ՏԵՂԵԿԱՏՎՈՒԹՅՈՒՆ ԱԿՏԻՎՆԵՐԻ ՄԱՍԻՆ

Այս տեղեկատվությունը կարող է օգտագործվել միայն մեր քաղաքականության և այն պետության կողմից, որտեղ դուք ստացել եք բժշկական օգնություն, և հավաքագրվում և վերանայվում է Medicare-ի և Medicaid Services (CMS) կենտրոնների կողմից՝ Medicare-ի ծախսերի մասին հաշվետվություն ներկայացնելու համար:

Ընթացիկ հաշվի մնացորդը \$ _____
 Խնայողական հաշվի ընթացիկ մնացորդը \$ _____

Ձեր ընտանիքն ունի՞ այս այլ ակտիվները: **Խնդրում ենք նշել այն ամենը, ինչ վերաբերում է**

- Բաժնետոմսեր Պարտատոմսեր 401K
- Առողջապահական խնայողական հաշիվ(ներ)
- Վստահություն(ներ)
- Անշարժ գույք (բացառությամբ հիմնական բնակության վայրի)
- սեփական բիզնես

ԼՐԱՑՈՒՑԻՉ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Խնդրում ենք կցել լրացուցիչ էջ, եթե առկա են ձեր ընթացիկ ֆինանսական վիճակի վերաբերյալ այլ տեղեկություններ, որոնք կցանկանայիք մեզ տեղեկացնել, ինչպիսիք են ֆինանսական դժվարությունները, ավելորդ բժշկական ծախսերը, սեզոնային կամ ժամանակավոր եկամուտները կամ անձնական կորուստները:

ՀԻՎԱՆԴԻ ՀԱՄԱՁԱՅՆԱԳԻՐ

Ես հասկանում եմ, որ Providence-ը կարող է ստուգել տեղեկատվությունը՝ վերանայելով վարկային տեղեկատվությունը և ստանալով տեղեկատվություն այլ աղբյուրներից՝ օգնելու որոշել ֆինանսական օգնության կամ վճարման ծրագրերի իրավասությունը:

Ես հաստատում եմ, որ վերը նշված տեղեկատվությունը հավաստի է և կոռեկտ, որքան ինձ հայտնի է: Ես հասկանում եմ, որ եթե իմ տրամադրած ֆինանսական տեղեկատվությունը կեղծ համարվի, արդյունքը կարող է լինել ֆինանսական օգնության մերժումը, և ես կարող եմ պատասխանատու լինել մատուցվող ծառայությունների համար և ակնկալել, որ կվճարեմ դրանց համար:

Դիմում ներկայացնողի ստորագրությունը,

ամսաթիվը