

Istruzioni per il modulo di domanda per l'assistenza di beneficenza/assistenza finanziaria

Questa è una domanda di assistenza finanziaria (nota anche come assistenza di beneficenza) a Providence.

La legge federale e statale richiede a tutti gli ospedali di fornire assistenza finanziaria a persone e famiglie che soddisfano determinati requisiti di reddito. Si può beneficiare di assistenza gratuita o assistenza scontata in base alle dimensioni e al reddito della tua famiglia, anche se si dispone di assicurazione sanitaria. Per visualizzare la nostra politica di assistenza finanziaria e le linee guida della scala diapositiva, si prega di visitare il sito Web del proprio stato di residenza da <https://www.providence.org/obp>.

Cosa copre l'assistenza finanziaria? L'assistenza finanziaria medica copre le cure mediche necessarie fornite da uno dei nostri ospedali o cliniche all'interno della nostra famiglia di organizzazioni a seconda della vostra scelta. L'assistenza finanziaria non può coprire tutti i costi di assistenza sanitaria, compresi i servizi forniti da altre organizzazioni.

Se hai domande o hai bisogno di aiuto per completare questa applicazione: Le nostre politiche di assistenza finanziaria, le informazioni sui programmi e i materiali per la domanda sono disponibili sul nostro sito web o per telefono. È possibile ottenere aiuto per qualsiasi motivo, tra cui disabilità e assistenza linguistica. Documenti scritti tradotti disponibili su richiesta. Ecco come contattarci:

<https://www.providence.org/obp>

Rappresentanti del servizio clienti a: 503-215-7575 o 855-229-6466

Lunedì-Venerdì dalle 8:00 alle 17:00

Affinché la tua domanda possa essere elaborata, devi:

- Fornirci informazioni sulla tua famiglia**
Inserire il numero di membri della tua famiglia (la famiglia include persone legate per nascita, matrimonio o adozione che vivono insieme)
- Fornirci informazioni sul reddito mensile lordo della tua famiglia (reddito al lordo delle imposte e delle detrazioni) incluse buste paga, moduli W-2, dichiarazioni dei redditi, lettere di premi di sicurezza sociale e dichiarazioni di reddito tratte da beni, e dichiarare e fornire documentazione per beni.**¹ (per ulteriori esempi, vedere la sezione Reddito della domanda di assistenza finanziaria)
- Allegare informazioni aggiuntive se necessario**
- Firma e data del modulo di assistenza finanziaria**

Nota: Non è necessario fornire un numero di previdenza sociale per richiedere assistenza finanziaria.

Se ci fornisci il tuo numero di previdenza sociale, il tuo numero di previdenza sociale potrebbe essere utilizzato per identificarti o per verificare le informazioni forniteci. Se non si dispone di un numero di previdenza sociale, si prega di contrassegnare "non applicabile" o "NA."

Inviare la domanda compilata con tutta la documentazione a: Providence Regional Business Office, P. O. Casella 3299 Portland, OR 97208-3395 STATI UNITI D'AMERICA. Assicurati di tenere una copia per te.

Per presentare la domanda compilata di persona: Rivolgiti all'ufficio del consulente finanziario

¹ Ad eccezione di quanto potrebbe essere vietato dalla legge statale, Providence raccoglierà e prenderà in considerazione le informazioni relative alle risorse come richiesto dai Centri per i servizi Medicare e Medicaid (CMS) per la rendicontazione dei costi Medicare.

dell'ospedale più vicino. Ti informeremo della determinazione finale dell'ammissibilità e dei diritti di ricorso, se applicabili, tra 14 e 30 giorni dalla ricezione di una domanda di assistenza finanziaria completa, inclusa la documentazione del reddito.

Inviando una domanda di assistenza finanziaria, ci dai il tuo consenso a fare le richieste necessarie per confermare gli obblighi e le informazioni finanziarie.

Vogliamo aiutare. Si prega di inviare la domanda prontamente. È possibile continuare a ricevere gli estratti conto fino a quando non riceviamo la domanda completa e la documentazione richiesta, a meno che non sia proibito dalle leggi sull'ente di beneficenza del proprio stato.

Modulo di domanda per l'assistenza di beneficenza/assistenza finanziaria – confidenziale

Si prega di compilare tutte le informazioni completamente. Se non si applica, scrivi " NA." Allegare pagine aggiuntive se necessario.

INFORMAZIONI SELEZIONATE

Hai bisogno di un interprete? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <i>Se sì, elencare le lingue preferite:</i>
Il paziente ha fatto domanda per Medicaid? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Il paziente è cieco? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Il paziente è disabile? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Il paziente riceve servizi pubblici statali come TANF, cibo di base o WIC? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Il paziente è attualmente senza casa? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Il bisogno di assistenza medica del paziente è correlato a un incidente stradale o a un infortunio sul lavoro? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No

SI PREGA DI NOTARE

- Non possiamo garantire che tu abbia diritto all'assistenza finanziaria, anche se fai domanda.
- Una volta inviata la domanda, possiamo controllare tutte le informazioni e chiedere ulteriori informazioni o prove di reddito.
- Entro 14-30 giorni dalla ricezione della domanda e della documentazione completa, ti informeremo della nostra decisione.

INFORMAZIONI PER IL PAZIENTE E IL RICHIEDENTE

Nome del paziente	Secondo nome del paziente		Cognome del paziente
<input type="checkbox"/> Maschile <input type="checkbox"/> Femminile <input type="checkbox"/> Altro (da specificare _____)	Data di nascita		Numero di previdenza sociale del paziente (opzionale)
Persona responsabile del pagamento della fattura	Relazione con il paziente	Data di nascita	Numero di previdenza sociale (opzionale)
Indirizzo postale _____ _____			Numero(i) di contatto principale(i) () _____ () _____ Indirizzo e-mail: _____
Città	Stato	CAP	

Stato di occupazione della persona responsabile del pagamento della fattura
 Impiegato (data di assunzione): _____ **Disoccupato** (per quanto tempo disoccupato): _____
 Lavoratore autonomo **Studente** **Disabile** **Pensionato** **Altro** _____

INFORMAZIONI SULLA FAMIGLIA

Elenca i membri della famiglia nella tua menage, incluso te stesso. La "Famiglia" include persone legate per nascita, matrimonio o adozione che vivono insieme.

DIMENSIONE DELLA FAMIGLIA _____

Allegare pagina aggiuntiva se necessario

Nome	Data di nascita	Relazione con il paziente	Se 18 anni o più: Nome del datore di lavoro o fonte di reddito	Se 18 anni o più: Reddito mensile lordo totale (prima delle imposte):	Richiede anche l'assistenza finanziaria?
					Sì / No
					Sì / No
					Sì / No
					Sì / No

Tutti i redditi dei familiari adulti devono essere dichiarati. Le fonti di reddito includono, ad esempio:

Stipendi-Disoccupazione-Lavoro autonomo-Risarcimento del lavoratore-Invalidità-SSI-Supporto per figli/coniuge-Programmi di studio del lavoro (studenti)- Reddito prelevato da attività, ad esempio azioni, obbligazioni, IRA, fondi comuni d'investimento, redditi da locazione, ecc.

Modulo di domanda per l'assistenza di beneficenza/assistenza finanziaria – confidenziale**INFORMAZIONI SUL REDDITO**

DA RICORDARE: È necessario includere la prova di reddito con la domanda.

Devi fornire informazioni sul reddito della tua famiglia. La verifica del reddito è necessaria per determinare l'assistenza finanziaria. Tutti i membri della famiglia di età pari o superiore a 18 anni devono dichiarare i suoi redditi. Se non è possibile fornire la documentazione, è possibile inviare una dichiarazione scritta firmata che descrive il reddito. Si prega di fornire una prova per ogni fonte di reddito identificata.

Esempi di prova di reddito includono:

- Una dichiarazione di ritenuta "W-2"; o
- Buste paga correnti (3 mesi); o
- La dichiarazione dei redditi dell'anno scorso, inclusi gli orari, se applicabile; o
- Dichiarazioni scritte e firmate da datori di lavoro o altri; o
- Dichiarazioni di reddito tratte da attività (azioni, obbligazioni, IRA, fondi comuni di investimento, ecc.); o
- Approvazione / negazione dell'ammissibilità all'indennità di disoccupazione.

Se non si dispone di alcuna prova di reddito o nessun reddito, si prega di allegare una pagina aggiuntiva con una spiegazione.

INFORMAZIONI SULLE SPESE

Utilizziamo queste informazioni per avere un quadro più completo della vostra situazione finanziaria.

Spese mensili essenziali per il vivere:

Affitto/mutuo \$ _____ Spese mediche \$ _____
Assicurazione medica Premi \$ _____ Utilità \$ _____
Altri debiti / spese \$ _____ (mantenimento dei figli, prestiti, farmaci, altro)

INFORMAZIONI PATRIMONIALI

Queste informazioni possono essere utilizzate solo in conformità con la nostra politica e le normative statali in cui hai ricevuto assistenza e sono raccolte e considerate come richiesto dai Centri per Medicare e Medicaid Services (CMS) per la segnalazione dei costi di Medicare.

Saldo del conto corrente

\$ _____

Saldo del conto corrente di risparmio

\$ _____

La tua famiglia ha altri beni seguenti? **Si prega di controllare tutto ciò che si applica**

- Azioni Obbligazioni 401K Conto (i) di risparmio sanitario
 Proprietà fiduciaria (i) Proprietà (esclusa la residenza principale)
 Possedere un'attività

INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

Si prega di allegare una pagina aggiuntiva se ci sono altre informazioni sulla vostra situazione finanziaria attuale che si desidera farci sapere, come ad esempio un disagio finanziario, spese mediche eccessive, reddito stagionale o temporaneo, o perdita personale.

CONSENSO DEL PAZIENTE

Comprendo che la Provvidenza può verificare le informazioni esaminando le informazioni sul credito e ottenendo informazioni da altre fonti per aiutare a determinare l'idoneità all'assistenza finanziaria o i piani di pagamento.

Affermo che le informazioni di cui sopra sono vere e corrette al meglio delle mie conoscenze. Comprendo che se le informazioni finanziarie che fornisco saranno ritenute false, il risultato potrebbe essere la negazione dell'assistenza finanziaria e potrei essere responsabile e tenuto a pagare per i servizi forniti.

Firma del richiedente

Data