

คำแนะนำเกี่ยวกับแบบฟอร์มใบสมัครขอรับการดูแลเพื่อการกุศล/ ความช่วยเหลือทางการเงิน

ใบสมัครนี้สำหรับการขอรับความช่วยเหลือทางการเงิน (หรือที่เรียกว่า การดูแลเพื่อการกุศล) ที่พรอวิเดนซ์
กฎหมายของรัฐบาลกลางและรัฐกำหนดให้โรงพยาบาลทุกแห่งต้องให้ความช่วยเหลือทางการเงิน
แก่ผู้คนและครอบครัวที่มีรายได้ตรงตามข้อกำหนดบางประการ
คุณอาจมีสิทธิ์ได้รับการดูแลฟรีหรือแบบมีส่วนลดซึ่งจะพิจารณาจากขนาดครอบครัวและรายได้ของคุณ
แม้ว่าคุณจะมีประกันสุขภาพก็ตาม
หากต้องการดูนโยบายความช่วยเหลือทางการเงินและหลักเกณฑ์แบบอัตโนมัติของเรา
โปรดไปที่เว็บไซต์ของรัฐที่คุณอาศัยอยู่จาก <https://www.providence.org/obp>

ความช่วยเหลือทางการเงินครอบคลุมอะไรบ้าง

ความช่วยเหลือทางการเงินเกี่ยวกับการแพทย์ครอบคลุมการดูแลรักษาที่จำเป็นทางการแพทย์ที่ให้บริการโดยโร
พยาบาลหรือคลินิกภายในกลุ่มองค์กรแห่งใดแห่งหนึ่งของเรา ซึ่งขึ้นอยู่กับคุณสมบัติของคุณ
ความช่วยเหลือทางการเงินอาจไม่ครอบคลุมค่าใช้จ่ายด้านการดูแลสุขภาพทั้งหมด
รวมถึงการบริการขององค์กรอื่น ๆ ด้วย

หากคุณมีคำถามหรือต้องการความช่วยเหลือในการกรอกใบสมัครนี้:

นโยบายความช่วยเหลือทางการเงินของเรา ข้อมูลเกี่ยวกับโครงการ
และเอกสารการสมัครมีให้บริการอยู่ที่เว็บไซต์ของเราหรือทางโทรศัพท์
คุณสามารถขอรับความช่วยเหลือได้ทุกเรื่อง ซึ่งรวมถึงความช่วยเหลือด้านความพิการและภาษา
มีบริการแปลเอกสารที่เป็นลายลักษณ์อักษรให้ตามคำขอ และนี่คือวิธีการติดต่อเรา:

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

ตัวแทนฝ่ายบริการลูกค้าที่: 503-215-7575 หรือ 855-229-6466

วันจันทร์ - ศุกร์ เวลา 8:00 - 17:00 น.

เพื่อให้เราดำเนินการพิจารณาใบสมัครของคุณ คุณจะต้อง:

- ให้ข้อมูลเกี่ยวกับครอบครัวของคุณ**
กรอกจำนวนสมาชิกครอบครัวในครัวเรือนของคุณ
(ครอบครัวหมายความรวมถึงผู้ที่เกี่ยวข้องโดยกำเนิด การแต่งงาน
หรือการรับเลี้ยงบุตรบุญธรรมที่อาศัยอยู่ด้วยกัน)
- ให้ข้อมูลเกี่ยวกับรายได้รวมทั้งหมดต่อเดือนของครอบครัวของคุณ** (รายได้ก่อนหักภาษีและหักลดหย่อน)
ประกอบด้วยต้นข้าวการจ่ายเงิน แบบฟอร์ม W-2 แบบแสดงรายการภาษี
หนังสือแจ้งการรับสิทธิประโยชน์จากประกันสังคม และงบกำไรขาดทุนจากสินทรัพย์
รวมทั้งแจ้งข้อมูลและยื่นเอกสารเกี่ยวกับสินทรัพย์¹
(ดูตัวอย่างเพิ่มเติมในการสมัครขอรับความช่วยเหลือทางการเงิน ส่วนรายได้)
- แนบข้อมูลเพิ่มเติม หากจำเป็น**
- เซ็นชื่อและลงวันที่ในแบบฟอร์มขอรับความช่วยเหลือทางการเงิน**

หมายเหตุ:

คุณไม่จำเป็นต้องระบุหมายเลขประกันสังคมเพื่อสมัครขอรับความช่วยเหลือทางการเงิน

หากคุณให้หมายเลขประกันสังคมของคุณแก่เรา

หมายเลขประกันสังคมอาจถูกใช้เพื่อระบุตัวคุณหรือใช้เพื่อยืนยันข้อมูลที่ให้ไว้กับเรา

หากคุณไม่มีหมายเลขประกันสังคม โปรดระบุ "ไม่มี" หรือ "NA"

ส่งใบสมัครที่กรอกข้อมูลครบถ้วนพร้อมเอกสารทั้งหมดไปที่: Providence Regional Business

¹ พรอวิเดนซ์จะรวบรวมและพิจารณาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสินทรัพย์ตามที่กำหนดโดยศูนย์บริการ Medicare และ
Medicaid (CMS) สำหรับการรายงานค่าใช้จ่ายของ Medicare ยกเว้นตามที่กฎหมายของรัฐอาจห้ามไว้



Office, P.O. Box 3299 Portland, OR 97208-3395 UNITED STATES OF AMERICA
อย่าลืมเก็บสำเนาไว้ด้วย

หากต้องการส่งใบสมัครที่กรอกข้อมูลครบถ้วนแล้วด้วยตนเอง:

ไปที่สำนักงานที่ปรึกษาทางการเงินของโรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุด

เราจะแจ้งให้คุณทราบถึงการพิจารณาขั้นสุดท้ายเกี่ยวกับคุณสมบัติและสิทธิ์ในการอุทธรณ์ (ถ้ามี) ระหว่าง 14 ถึง 30 วันหลังจากได้รับใบสมัครขอรับความช่วยเหลือทางการเงินที่ให้ข้อมูลครบถ้วน รวมถึงเอกสารเกี่ยวกับรายได้

การส่งใบสมัครขอรับความช่วยเหลือทางการเงินแสดงว่าคุณยินยอมให้เราทำการสอบถามเพื่อยืนยันภาระผูกพันและข้อมูลทางการเงินได้ตามความจำเป็น

**เราต้องการช่วย กรุณาส่งใบสมัครของคุณทันที
คุณอาจยังคงได้รับใบแจ้งหนี้อยู่นานกว่าเราจะได้รับใบสมัครและเอกสารที่จำเป็นครบถ้วน
เว้นแต่กฎหมายเกี่ยวกับการดูแลเพื่อการกุศลของรัฐคุณจะไม่ห้าม**

แบบฟอร์มใบสมัครขอรับการดูแลเพื่อการกุศล/ความช่วยเหลือทางการเงิน - ลับ
กรุณารอกข้อมูลให้ครบถ้วน หากไม่มีข้อมูล ให้เขียนว่า "NA" แนบหน้าเอกสารเพิ่มเติมหากจำเป็น

ข้อมูลสำหรับการคัดกรอง

คุณต้องการล่ามใช่หรือไม่ ใช่ ไม่ใช่ *ถ้าใช่ ระบุภาษาที่ต้องการ:*

ผู้ป่วยได้สมัคร Medicaid ใช่หรือไม่ ใช่ ไม่ใช่ ผู้ป่วยตาบอดใช่หรือไม่ ใช่ ไม่ใช่ ผู้ป่วยพิการใช่หรือไม่ ใช่ ไม่ใช่

ผู้ป่วยได้รับการบริการสาธารณะของรัฐ เช่น TANF, Basic Food หรือ WIC ใช่หรือไม่ ใช่ ไม่ใช่

ปัจจุบันผู้ป่วยเป็นคนไร้บ้านใช่หรือไม่ ใช่ ไม่ใช่

ความจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาทางการแพทย์ของผู้ป่วยเกี่ยวข้องกับอุบัติเหตุทางรถยนต์หรือการบาดเจ็บจากการทำงานใช่หรือไม่ ใช่ ไม่ใช่

โปรดทราบ

- เราไม่สามารถรับประกันได้ว่า คุณจะได้รับสิทธิ์สำหรับความช่วยเหลือทางการเงิน แม้ว่า คุณจะสมัครขอรับก็ตาม
- เมื่อคุณส่งใบสมัครแล้ว เราอาจตรวจสอบข้อมูลทั้งหมดและอาจขอข้อมูลเพิ่มเติมหรือหลักฐานแสดงรายได้
- ภายใน 14-30 วันหลังจากได้รับใบสมัครและเอกสารครบถ้วนแล้ว เราจะแจ้งให้คุณทราบถึงผลการพิจารณาของเรา

ข้อมูลผู้ป่วยและผู้สมัคร

ชื่อผู้ป่วย	ชื่อกลางของผู้ป่วย	นามสกุลผู้ป่วย
<input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง <input type="checkbox"/> อื่น ๆ (โปรดระบุ _____)	วันเกิด	หมายเลขประกันสังคมของผู้ป่วย (ไม่บังคับ)
ผู้รับผิดชอบในการชำระค่าใช้จ่าย	ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	วันเกิด
		หมายเลขประกันสังคม (ไม่บังคับ)
ที่อยู่ทางไปรษณีย์ _____ _____		หมายเลขติดต่อหลัก () _____ () _____ อีเมล:
เมือง	รัฐ	รหัสไปรษณีย์

สถานภาพการจ้างงานของผู้รับผิดชอบในการชำระค่าใช้จ่าย

มีงานทำ (วันที่จ้าง): _____ ว่างงาน (ว่างงานนานแค่ไหน): _____

อาชีพอิสระ นักเรียน พิกการ เกษียณ อื่น ๆ _____

ข้อมูลครอบครัว

ระบุรายชื่อสมาชิกครอบครัวในครัวเรือนของคุณ รวมทั้งตัวคุณด้วย "ครอบครัว" หมายความรวมถึงผู้ที่เกี่ยวข้องโดยกำเนิด การแต่งงาน หรือการรับเลี้ยงบุตรบุญธรรมที่อาศัยอยู่ด้วยกัน

ขนาดครอบครัว _____

แนบหน้าเอกสารเพิ่มได้หากจำเป็น

ชื่อ	วันเกิด	ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	ถ้าอายุ 18 ปีขึ้นไป: ชื่อนายจ้างหรือแหล่งที่มาของรายได้	ถ้าอายุ 18 ปีขึ้นไป: รายได้รวมต่อเดือน (ก่อนหักภาษี):	ยื่นขอรับความช่วยเหลือทางการเงินด้วยเช่นกัน?
					ใช่ / ไม่ใช่
					ใช่ / ไม่ใช่
					ใช่ / ไม่ใช่
					ใช่ / ไม่ใช่

ต้องเปิดเผยรายได้ของสมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ใหญ่ทุกคน แหล่งที่มาของรายได้ ได้แก่:
 ค่าจ้าง- จากการว่างงาน- จากการทำงานอิสระ- เงินทดแทนสำหรับลูกจ้าง-ทุพพลภาพ-SSI-ค่าเลี้ยงดูคู่สมรส/บุตร-โครงการที่ให้ทำงานได้ระหว่างเรียน (นักเรียน)- รายได้จากสินทรัพย์ เช่น หุ้น พันธบัตร IRA กองทุนรวม รายได้ค่าเช่า ฯลฯ

แบบฟอร์มใบสมัครขอรับการดูแลเพื่อการกุศล/ความช่วยเหลือทางการเงิน - ลับ

ข้อมูลรายได้

ข้อควรจำ: คุณต้องแนบหลักฐานแสดงรายได้ไปพร้อมกับใบสมัครของคุณด้วย

คุณต้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับรายได้ของครอบครัว

เราจำเป็นต้องมีการตรวจสอบรายได้เพื่อพิจารณาอนุมัติการให้ความช่วยเหลือทางการเงิน

สมาชิกครอบครัวทุกคนที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปจะต้องเปิดเผยรายได้

หากคุณไม่สามารถจัดหาเอกสารให้ได้

คุณอาจเขียนคำชี้แจงเป็นลายลักษณ์อักษรที่อธิบายถึงรายได้ของคุณพร้อมลงนาม

โปรดให้หลักฐานที่แสดงถึงแหล่งที่มาของรายได้ที่ระบุทุกแห่ง

ตัวอย่างหลักฐานแสดงรายได้ ได้แก่

- ใบหักภาษี ณ ที่จ่าย "W-2" ; หรือ
- ดันชั่วคราวจ่ายเงินปัจจุบัน (3 เดือน); หรือ
- แบบแสดงรายการภาษีเงินได้ของปีที่แล้ว รวมถึงแบบคำนวณภาษี (หากมี); หรือ
- ข้อความที่เป็นลายลักษณ์อักษรพร้อมลงนามจากนายจ้างหรือผู้อื่น; หรือ
- งบกำไรขาดทุนจากสินทรัพย์ (หุ้น พันธบัตร IRA กองทุนรวม ฯลฯ); หรือ
- การอนุมัติ/ปฏิเสธการมีสิทธิได้รับเงินชดเชยการว่างงาน

หากคุณไม่มีหลักฐานแสดงรายได้หรือไม่มีรายได้ โปรดแนบหน้าคำอธิบายเพิ่มเติม

ข้อมูลค่าใช้จ่าย

เราใช้ข้อมูลนี้เพื่อให้เห็นภาพสถานการณ์ทางการเงินของคุณที่สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ค่าครองชีพที่จำเป็นต่อเดือน:

ค่าเช่า/จ่านอง	\$ _____	ค่ารักษาพยาบาล	\$ _____
เบี้ยประกันสุขภาพ	\$ _____	ค่าน้ำค่าไฟ	\$ _____
หนี้/ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ \$ _____	(ค่าเลี้ยงดูบุตร เงินกู้ ยารักษาโรค อื่น ๆ)		

ข้อมูลสินทรัพย์

ข้อมูลนี้จะสามารถถูกนำไปใช้ได้ตามนโยบายของเราและกฎข้อบังคับของรัฐที่ซึ่งคุณได้รับการดูแลรักษาอยู่เท่านั้น และรวบรวมและพิจารณาตามที่กำหนดโดยศูนย์บริการ Medicare และ Medicaid (CMS) สำหรับการรายงานค่าใช้จ่ายของ Medicare

ยอดเงินปัจจุบันในบัญชีกระแสรายวัน

\$ _____

ยอดเงินปัจจุบันในบัญชีออมทรัพย์

\$ _____

ครอบครัวของคุณมีสินทรัพย์อื่น ๆ เหล่านี้หรือไม่

โปรดเลือกทุกข้อที่เกี่ยวข้อง

หุ้น พันธบัตร 401K บัญชีออมทรัพย์เพื่อสุขภาพ ทรัสต์

อสังหาริมทรัพย์ (ไม่รวมที่อยู่อาศัยหลัก) เป็นเจ้าของธุรกิจ

ข้อมูลเพิ่มเติม

โปรดแนบหน้าเอกสารเพิ่มหากมีข้อมูลอื่นเกี่ยวกับสถานการณ์ทางการเงินในปัจจุบันของคุณที่คุณต้องการให้เราทราบ เช่น ความยากลำบากทางการเงิน ค่ารักษาพยาบาลที่มากเกินไป รายได้ตามฤดูกาลหรือชั่วคราว หรือการสูญเสียส่วนบุคคล

ข้อตกลงของผู้ป่วย

ข้าพเจ้าเข้าใจว่าพรอวิเดนซ์อาจตรวจสอบข้อมูลโดยการตรวจสอบข้อมูลเครดิตและรับข้อมูลจากแหล่งอื่นเพื่อช่วยในการพิจารณาคุณสมบัติสำหรับความช่วยเหลือทางการเงินหรือแผนการชำระเงิน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงและถูกต้องทุกประการ
ข้าพเจ้าเข้าใจว่าหากปรากฏว่าข้อมูลทางการเงินที่ให้นั้นเป็นเท็จ อาจส่งผลให้ถูกปฏิเสธความช่วยเหลือทางการเงิน
และข้าพเจ้าอาจต้องรับผิดชอบและถูกคาดหวังให้เป็นผู้จ่ายค่าบริการ

ลายเซ็นผู้สมัคร

วันที่