

ચેરિટી કેર/ફાઇનાન્સિયલ આસિસ્ટન્સ એપ્લિકેશન ફોર્મ વિશે સૂચનાઓ

પ્રોવિડન્સ ખાતે નાણાકીય સહાય (ચેરિટી કેર તરીકે પણ ઓળખાય છે) માટેની આ અરજી છે.

ફેડરલ અને સ્ટેટ કાયદામાં તમામ હોસ્પિટલોએ નાણાકીય સહાય પૂરી પાડવી જરૂરી છે એવા લોકો અને પરિવારોને કે જેઓ અમુક આવકની આવશ્યકતાઓને પૂર્ણ કરતા હોય. તમારી પાસે સ્વાસ્થ્ય વીમો હોય તો પણ, તમે તમારા પરિવારના કદ અને આવકના આધારે મફત સંભાળ અથવા છૂટ સાથે સંભાળ મેળવવા માટે લાયક બની શકો છો. અમારી નાણાકીય સહાયની નીતિ અને સ્વાઇડ સ્કેલના દિશાનિર્દેશો જોવા માટે, કૃપા કરીને <https://www.providence.org/obp> પરથી તમારા નિવાસી રાજ્યની વેબસાઇટ પર જાઓ.

નાણાકીય સહાયમાં શું આવરી લેવામાં આવે છે? તબીબી નાણાકીય સહાયમાં તમારી લાયકાતના આધારે અમારી સંસ્થા પૈકી અમારી કોઈ હોસ્પિટલ અથવા ક્લિનિક દ્વારા પૂરી પાડવામાં આવતી તબીબી રીતે આવશ્યક સંભાળને આવરી લેવામાં આવી છે. અન્ય સંસ્થાઓ દ્વારા પૂરી પાડવામાં આવતી સેવાઓ સહિત, નાણાકીય સહાયમાં આરોગ્ય સંભાળના તમામ ખર્ચને આવરી લેવામાં ન પણ આવે.

જો તમને કોઈ પ્રશ્ન હોય અથવા આ અરજીને પૂર્ણ કરવામાં મદદની જરૂર હોય તો: અમારી નાણાકીય સહાયની નીતિઓ, કાર્યક્રમો વિશેની માહિતી, અને અરજી વિશે સામગ્રીઓ અમારી વેબસાઇટ પર અથવા ફોન દ્વારા ઉપલબ્ધ છે. તમે વિકલાંગતા અને ભાષાની સહાયતા સહિત, કોઈ પણ કારણસર મદદ મેળવી શકો છો. વિનંતી કરવા પર અનુવાદિત લેખિત દસ્તાવેજો ઉપલબ્ધ છે. અમારો સંપર્ક અહીં જણાવ્યા મુજબ કરવો:

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

ગ્રાહક સેવા પ્રતિનિધિઓ: 503-215-7575 અથવા 855-229-6466

સોમવાર-શુક્રવાર સવારે 8:00 થી સાંજે 5:00 વાગ્યા સુધી

તમારી અરજી પર પ્રક્રિયા કરવા માટે, તમારે કરવું જોઈએ:

તમારા પરિવાર વિશે અમને માહિતી પૂરી પાડો

તમારા ઘરમાં પરિવારના સભ્યોની સંખ્યા ભરો (પરિવારમાં જન્મ, લગ્ન અથવા દત્તક લેવાથી સંબંધિત લોકો કે જેઓ સાથે રહેતા હોય તેનો સમાવેશ થાય છે)

અમને તમારા પરિવારની કુલ માસિક આવક (કરવેરા અને કપાત પહેલાંની આવક) વિશેની માહિતી પૂરી પાડો, જેમાં પગારની કાપલીઓ, ડબલ્યુ-2 ફોર્મ્સ, ટેક્સ રિટર્ન્સ, સામાજિક સુરક્ષા પુરસ્કારોના પત્રો, અને અસ્ક્યામતોમાંથી મેળવેલી આવક માટેના નિવેદનોનો સમાવેશ થાય છે, અને અસ્ક્યામતો માટે દસ્તાવેજો જાહેર કરો અને પૂરા પાડો.¹ (વધુ ઉદાહરણો માટે ફાઇનાન્સિયલ આસિસ્ટન્સ એપ્લિકેશનનો આવક વિભાગ જુઓ)

જરૂરી હોય તો વધારાની માહિતી જોડો

નાણાકીય સહાય ફોર્મ પર સહી કરો અને તારીખ લખો

નોંધ નાણાકીય સહાયની અરજી કરવા માટે તમારે સોશિયલ સિક્યોરિટી નંબર આપવાની જરૂર નથી. જો તમે અમને તમારો સોશિયલ સિક્યોરિટી નંબર આપશો, તો તમારા સોશિયલ સિક્યોરિટી નંબરનો ઉપયોગ તમારી ઓળખ માટે અથવા અમને પૂરી પાડવામાં આવેલી માહિતીની ખરાઈ કરવા માટે થઈ શકે છે. જો તમારી પાસે સોશિયલ સિક્યોરિટી નંબર ન હોય તો કૃપા કરીને "લાગુ પડતું નથી" અથવા "NA" ચિહ્નિત કરો.

તમામ દસ્તાવેજો સાથે પૂર્ણ કરેલી અરજીને અહીં મોકલો: પ્રોવિડન્સ રિજનલ બિઝનેસ ઓફિસ, પી.ઓ. બોક્સ 3299 પોર્ટલેન્ડ, અથવા 97208-3395 યુનાઇટેડ સ્ટેટ્સ ઓફ અમેરિકા. તમારા માટે એક નકલ જાળવી રાખવાનું ભૂલશો નહીં.

¹ રાજ્યના કાયદા દ્વારા પ્રતિબંધિત હોય તે સિવાય, પ્રોવિડન્સ મેડિકેર ખર્ચના અહેવાલ માટે સેન્ટર્સ ફોર મેડિકેર એન્ડ મેડિકેડ સર્વિસીસ (CMS) દ્વારા જરૂરી અસ્ક્યામતોને લગતી માહિતી એકત્રિત કરશે અને ધ્યાનમાં લેશે.

તમારી પૂર્ણ કરેલી અરજીને સૂબરૂ પહોંચાડવા માટે: અરજીને તમારી નજીકની હોસ્પિટલ ફાઇનાન્સિયલ કાઉન્સેલરની ઓફિસે લઈ જાઓ. આવકના દસ્તાવેજો સહિત, નાણાકીય સહાયની સંપૂર્ણ અરજી પ્રાપ્ત થયાના 14થી 30 દિવસની વચ્ચેની અમે તમને પાત્રતાના અંતિમ નિર્ધારણ વિશે અને જો લાગુ થતા હશે તો, અપીલના અધિકારો વિશે જાણ કરીશું.

નાણાકીય સહાયની અરજી મોકલીને તમે નાણાકીય જવાબદારીઓ અને માહિતીની પુષ્ટિ કરવા માટે જરૂરી પૂછપરછ કરવા માટે અમને તમારી સંમતિ આપો છો.

અમે મદદ કરવા માંગીએ છીએ. કૃપા કરીને તમારી અરજી તાત્કાલિક મોકલો. જ્યાં સુધી તમારા રાજ્યના ચેરિટી કેર કાયદાઓ દ્વારા પ્રતિબંધિત ન હોય ત્યાં સુધી અમે તમારી પૂર્ણ કરેલી અરજી અને જરૂરી દસ્તાવેજો પ્રાપ્ત ન કરીએ ત્યાં સુધી તમને બિલિંગ સ્ટેટમેન્ટ્સ મળવાનું ચાલુ રહી શકે છે.

ચેરિટી કેર/ફાઇનાન્સિયલ આસિસ્ટન્સ એપ્લિકેશન ફોર્મ - ગોપનીય

કૃપા કરીને તમામ માહિતી સંપૂર્ણપણે ભરવી. જો તે વાગુ ન પડે, તો "NA" લખો. જો જરૂરી હોય તો વધારાના પાનાં જોડો.

તપાસ (સ્ક્રિનિંગ) માટે માહિતી

શું તમારે દુભાષિયાની જરૂર છે? <input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના જો હા, તો પસંદગીની ભાષા જણાવો:
શું દર્દીએ મેડિકેડ માટે અરજી કરી છે? <input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના શું દર્દી અંધ છે? <input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના શું દર્દી વિકલાંગ છે? <input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના
શું દર્દી TANF, બેઝિક ફૂડ, અથવા WIC જેવી સરકારી જાહેર સેવાઓ મેળવે છે? <input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના
શું દર્દી વર્તમાનમાં બેઘર છે? <input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના
શું દર્દીની તબીબી સંભાળની જરૂરિયાત કાર અકસ્માત અથવા કામ દરમિયાન ઇજા સાથે સંબંધિત છે? <input type="checkbox"/> હા <input type="checkbox"/> ના

કૃપા કરીને નોંધ લેવી

- તમે અરજી કરો તો પણ, તમે નાણાકીય સહાય માટે વાયક બનશો તેની અમે ખાત્રી આપી શકતા નથી.
- એકવાર તમે તમારી અરજી મોકલી દો, તે પછી અમે તમામ માહિતી ચકાસી શકીએ છીએ અને વધારાની માહિતી અથવા આવકનો પુરાવો માંગી શકીએ છીએ.
- અમને તમારી પૂર્ણ કરેલી અરજી અને દસ્તાવેજો મળી જાય તેના 14-30 દિવસની અંદર, અમે તમને અમારા નિર્ધારણ વિશે જાણ કરીશું.

દર્દી અને અરજદારની માહિતી

દર્દીનું નામ	દર્દીના પિતા/પતિનું નામ		દર્દીની અટક
<input type="checkbox"/> પુરુષ <input type="checkbox"/> સ્ત્રી <input type="checkbox"/> અન્ય (જણાવી શકો છો _____)	જન્મ તારીખ		દર્દીનો સોશિયલ સિક્યુરિટી નંબર (વૈકલ્પિક)
બિલ ચૂકવવા માટે જવાબદાર વ્યક્તિ	દર્દી સાથેનો સંબંધ	જન્મ તારીખ	સોશિયલ સિક્યુરિટી નંબર (વૈકલ્પિક)
ટપાલનું સરનામું			મુખ્ય સંપર્ક નંબર(ઓ) () _____ () _____ ઈ-મેઈલ એડ્રેસ: _____
શહેર	રાજ્ય	ઝીપ કોડ	

બિલ ભરવા માટે જવાબદાર વ્યક્તિની રોજગારની સ્થિતિ

કાર્યરત (કામે લાગ્યાની તારીખ): _____ બેરોજગાર (કેટલા સમયથી બેરોજગાર છે): _____

સ્વ-રોજગાર વિદ્યાર્થી અપંગ નિવૃત્ત અન્ય _____

પરિવારની માહિતી

તમારા સહિત, તમારા ઘરમાં પરિવારના સભ્યોની યાદી બનાવો. "પરિવાર" માં જન્મ, લગ્ન અથવા દત્તક લેવાથી સંબંધિત લોકોનો સમાવેશ થાય છે જેઓ સાથે રહેતા હોય.

પરિવારનું કદ _____

જો જરૂરી હોય તો વધારાનું પાનું જોડો

નામ	જન્મ તારીખ	દર્દી સાથેનો સંબંધ	જો 18 વર્ષ કે તેથી વધુ ઉંમરના હોય તો: નોકરીદાતા(ઓ)નું નામ અથવા આવકનો સ્ત્રોત	જો 18 વર્ષ કે તેથી વધુ ઉંમરના હોય તો: કુલ માસિક આવક (કર પહેલાં):	નાણાકીય સહાય માટે પણ અરજી કરી રહ્યા છો?
					હા / ના
					હા / ના
					હા / ના
					હા / ના

પરિવારના તમામ પુખ્ત વયના સભ્યોની આવક જાહેર કરવી આવશ્યક છે. આવકના સ્ત્રોતોમાં સમાવેશ થાય છે, ઉદાહરણ તરીકે:

વેતન- બેરોજગારી-સ્વ-રોજગાર-કામદારનું વળતર-વિકલાંગતા-SSI-બાળક/જીવનસાથી સહાય-વર્ક સ્ટડી પ્રોગ્રામ્સ (વિદ્યાર્થીઓ)-અસ્ક્યામતોમાંથી મેળવેલી આવક, ઉદાહરણ તરીકે - સ્ટોક્સ, બોન્ડ્સ, IRA, મ્યુચ્યુઅલ ફંડ્સ, ભાડાની આવક, વગેરે.

ચેરિટી કેર/ફાઇનાન્સિયલ આસિસ્ટન્સ એપ્લિકેશન ફોર્મ - ગોપનીય

આવકની માહિતી

યાદ રાખો: તમારે તમારી અરજી સાથે આવકના પુરાવાનો સમાવેશ કરવો આવશ્યક છે.

તમારે તમારા પરિવારની આવક વિશેની માહિતી આપવી આવશ્યક છે. નાણાકીય સહાય નક્કી કરવા માટે આવકની ચકાસણી કરવી જરૂરી છે. 18 વર્ષ કે તેથી વધુ ઉંમરના પરિવારના તમામ સભ્યોએ પોતાની આવક જાહેર કરવી આવશ્યક છે. જો તમે દસ્તાવેજો પૂરા પાડી શકતા ન હો, તો તમે તમારી આવકનું વર્ણન કરતું લેખિત સહી કરેલું નિવેદન રજૂ કરી શકો છો. કૃપા કરીને આવકના ઓળખાયેલા દરેક સ્ત્રોત માટે પુરાવા પૂરા પાડો.

આવકના પુરાવાના ઉદાહરણોમાં સમાવેશ થાય છે:

- એક "W-2" વિથહોલ્ડિંગ સ્ટેટમેન્ટ; અથવા
- વર્તમાન પગારની કાપલીઓ (3 મહિના); અથવા
- ગયા વર્ષનું આવકવેરા રિટર્ન, જો લાગુ પડતું હોય તો શેડ્યૂલ્સ સહિત; અથવા
- નોકરીદાતાઓ અથવા અન્યો તરફથી લેખિત, સહી કરેલા નિવેદનો; અથવા
- અસ્કયામતો (સ્ટોક્સ, બોન્ડ્સ, IRA, મ્યુચ્યુઅલ ફંડ્સ વગેરે) માંથી મેળવેલી આવકના નિવેદનો; અથવા
- બેરોજગારી વળતર માટે યોગ્યતાની મંજૂરી/અસ્વીકાર.

જો તમારી પાસે આવકનો કોઈ પુરાવો ન હોય અથવા આવક ન હોય, તો કૃપા કરીને સ્પષ્ટતા સાથે એક વધારાનું પાનું જોડો.

ખર્ચની માહિતી

તમારી નાણાકીય પરિસ્થિતિને વધુ વ્યાપક રીતે સમજવા માટે અમે આ માહિતીનો ઉપયોગ કરીએ છીએ.

માસિક આવશ્યક જીવનખર્ચ:

ભાડું/મોર્ટગેજ \$ _____ તબીબી ખર્ચ \$ _____
 મેડિકલ ઇન્સ્યોરન્સ પ્રિમીયમ \$ _____ યુટિલિટીઝ \$ _____
 અન્ય દેવું/ખર્ચાઓ \$ _____ (બાળ સહાય, લોન, દવાઓ, અન્ય)

અસ્કયામતની માહિતી

આ માહિતીનો ઉપયોગ અમારી નીતિ અને રાજ્યના નિયમો અનુસાર જ થઈ શકે છે જેમાં તમને મેળવેલી કેર જેને મેડિકેર ખર્ચના અહેવાલ માટે સેન્ટર્સ ફોર મેડિકેર એન્ડ મેડિકેડ સર્વિસીસ (CMS) દ્વારા જરૂરી હોય તેમ એકત્રિત કરવામાં આવે છે અને ધ્યાનમાં લેવામાં આવે છે

વર્તમાન ચેકિંગ અકાઉન્ટનું બેલેન્સ \$ _____	શું તમારા પરિવાર પાસે આ અન્ય અસ્કયામતો છે? કૃપા કરીને લાગુ પડતા તમામ પર નિશાની કરો
વર્તમાન સેવિંગ્સ અકાઉન્ટનું બેલેન્સ \$ _____	
	<input type="checkbox"/> સ્ટોક્સ <input type="checkbox"/> બોન્ડ્સ <input type="checkbox"/> 401K <input type="checkbox"/> હેલ્થ સેવિંગ્સ અકાઉન્ટ(ઓ) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ટ્રસ્ટ(ઓ) <input type="checkbox"/> મિલકત (પ્રાથમિક રહેઠાણ સિવાય) <input type="checkbox"/> વ્યવસાયના માલિક છે

વધારાની માહિતી

જો તમે અમને તમારી નાણાકીય મુશ્કેલી, અતિશય તબીબી ખર્ચ, મોસમી અથવા કામચલાઉ આવક અથવા વ્યક્તિગત નુકસાન જેવી વર્તમાન નાણાકીય પરિસ્થિતિ વિશે અન્ય માહિતી જાણવા માંગતા હો, તો કૃપા કરીને એક વધારાનું પાનું જોડો.

દર્દીનો કરાર

હું સમજું છું કે પ્રોવિડન્સ નાણાકીય સહાય અથવા ચૂકવણી યોજનાઓ માટે પાત્રતા નક્કી કરવામાં મદદ મેળવવા માટે ધિરાણ માહિતીની સમીક્ષા કરીને અને અન્ય સ્ત્રોતોમાંથી માહિતી મેળવીને માહિતીની ખરાઈ કરી શકે છે.

હું ખાતરી આપું છું કે ઉપરોક્ત માહિતી મારી જાણકારી મુજબ યોગ્ય અને સાચી છે. હું સમજું છું કે જો મારા દ્વારા આપવામાં આવેલી નાણાકીય ખોટી હોવાનું નક્કી થાય, તો તેના પરિણામે નાણાકીય સહાયમાં ઇનકાર થઈ શકે છે, અને પૂરી પાડવામાં આવતી સેવાઓની ચૂકવણી માટે મને જવાબદાર અને અપેક્ષિત ઠેરવી શકાય છે.

અરજી કરનાર વ્યક્તિની સહી _____

તારીખ _____

