

تعليمات نموذج طلب الرعاية الخيرية/المساعدة المالية

هذا طلب للحصول على المساعدة المالية (يُعرف أيضًا باسم الرعاية الخيرية) من Providence.

يقتضي القانون الفيدرالي وقانون الولاية من جميع المستشفيات تقديم مساعدة مالية للأشخاص والأسر التي تستوفي متطلبات دخل معينة. قد تتأهل للحصول على رعاية مجانية أو رعاية مخفضة السعر وفقًا لدخل الأسرة وعدد أفرادها، حتى إذا كان لديك تأمين صحي. للاطلاع على سياسة المساعدة المالية وتوجيهات مقياس الحساب المتدرج الخاصة بنا، يُرجى الذهاب إلى الموقع الإلكتروني الخاص بالولاية التي تقيم بها من <https://www.providence.org/obp>.

ما الذي تغطيه المساعدة المالية؟ تغطي المساعدة المالية الطبية خدمات الرعاية في المستشفى الضرورية طبيًا التي يقدمها أحد المستشفيات التابعة لنا، اعتمادًا على أهليتك. قد لا تغطي المساعدة المالية جميع تكاليف الرعاية الصحية، بما في ذلك الخدمات المقدمة من المنظمات الأخرى.

إذا كانت لديك أسئلة أو تحتاج إلى مساعدة في إكمال نموذج الطلب هذا: فإن سياسات المساعدة المالية الخاصة بنا والمعلومات حول البرامج، والوثائق اللازمة لتقديم الطلب متاحة على موقعنا الإلكتروني أو عبر الهاتف. يمكنك الحصول على مساعدة لأي سبب، بما في ذلك المساعدات المتعلقة بالإعاقة أو اللغة. تتوفر الوثائق المكتوبة المترجمة عند الطلب.

فيما يلي كيفية التواصل معنا: <https://www.providence.org/obp>

ممثلو خدمة العملاء على الرقم: 1-855-229-6466

من الاثنين إلى الجمعة؛ الساعة 8:00 صباحًا حتى 5:00 مساءً

لنتم معالجة طلبك، يجب عليك:

- تقديم معلومات حول أسرتك
- اذكر عدد الأفراد في أسرتك (تشمل الأسرة الأشخاص الذين تجمع بينهم صلة المولد أو الزواج أو التبني والذين يقيمون معًا)
- تقديم معلومات حول إجمالي الدخل الشهري لأسرتك (الدخل قبل الضرائب والخصومات) لتشمل كعوب شبكات الأجور، ونماذج W-2، والإقرارات الضريبية، وخطابات تعويضات الضمان الاجتماعي، وغير ذلك. (راجع قسم الدخل في طلب المساعدة المالية لمزيد من الأمثلة)
- تقديم وثائق عن دخل الأسرة وإعلان الأصول
- إرفاق معلومات إضافية إذا لزم الأمر
- توقيع نموذج طلب المساعدة المالية وتاريخه

ملاحظة: لا يتعين عليك تقديم رقم ضمان اجتماعي للتقدم بطلب للحصول على المساعدة المالية. إذا قَدِّمْتَ رقم الضمان الاجتماعي الخاص بك، فسيساعد ذلك في تعجيل عملية معالجة نموذج طلبك. وتُستخدم أرقام الضمان الاجتماعي للتحقق من المعلومات المقدمة إلينا. إذا لم يكن لديك رقم ضمان اجتماعي، يرجى وضع علامة أمام "لا ينطبق".

إرسال الطلب المكتمل مع جميع الوثائق بالبريد إلى: Providence Regional Business Office, P.O. Box 3299 Portland, OR 97208-3395. تأكد من الاحتفاظ بنسخة لنفسك.

لتقديم الطلب المكتمل بالحضور شخصيًا: خذه إلى خزانة أقرب مستشفى لك

سنخطرک بالقرار النهائي المتعلق بالأهلية وحقوق الطعن، إذا كان ذلك منطبقًا، خلال 30 يومًا من تلقي طلب المساعدة المالية المكتمل، بما في ذلك وثائق الدخل.

عند تقديمك طلب المساعدة المالية، فإنك بذلك تمنحنا موافقتك على القيام بالاستفسارات اللازمة لتأكيد المعلومات والالتزامات المالية.

**نرغب في مساعدتك. يرجى تقديم طلبك فورًا!
قد تستمر في تلقي الفواتير حتى نتلقى معلوماتك.**

نموذج طلب الرعاية الخيرية/المساعدة المالية - سري

يرجى إكمال جميع المعلومات بشكل كامل. إذا لم ينطبق عليك أحد الأسئلة، يرجى كتابة "لا ينطبق". أرفق صفحات إضافية إذا لزم الأمر.

معلومات الفحص

هل تحتاج إلى مترجم فوري؟ نعم لا إذا كانت الإجابة بنعم، فاذكر اللغة التي تفضلها:

هل تقدم المريض بطلب للحصول على Medicaid؟ نعم لا

هل يتلقى المريض الخدمات العامة الخاصة بالولاية، مثل TANF (إعانة برنامج المساعدات المؤقتة للأسر المحتاجة)، أو الأطفمة الأساسية، أو WIC (برنامج التغذية التكميلية للنساء والرضع والأطفال)؟ نعم لا

هل المريض مشرد في الوقت الحالي؟ نعم لا

هل تتعلق الرعاية الطبية التي يحتاج إليها المريض بحادث سيارة أو إصابة عمل؟ نعم لا

يرجى ملاحظة ما يلي

- لا يمكننا ضمان تأهلك للحصول على المساعدة المالية، حتى إذا قَدِّمت طلب.
- بمجرد إرسالك لطلبك، قد نتحقق من جميع المعلومات وقد نطلب منك معلومات إضافية أو إثباتاً للدخل.
- خلال 14 يومًا بعد تلقي طلبك المكتمل والوثائق، سنخطر إذا كنت مؤهلاً للحصول على المساعدة أم لا.

معلومات المريض ومقدم الطلب

| | | |
|---|---|--|
| الاسم الأول للمريض | الاسم الأوسط للمريض | اسم العائلة الخاص بالمريض |
| <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> أخرى (يرجى التحديد _____) | تاريخ الميلاد | رقم الضمان الاجتماعي للمريض (اختياري*) <small>*اختياري، ولكن يلزم تقديمه للحصول على قدر أكبر من المساعدات تتخطى متطلبات قانون الولاية</small> |
| الشخص المسؤول عن تسديد الفواتير | علاقته بالمريض | تاريخ الميلاد |
| العنوان البريدي | رقم (أرقام) الاتصال الرئيسي () _____ () _____ عنوان البريد الإلكتروني: _____ | رقم الضمان الاجتماعي (اختياري*) <small>*اختياري، ولكن يلزم تقديمه للحصول على قدر أكبر من المساعدات تتخطى متطلبات قانون الولاية</small> |
| المدينة | الولاية | الرمز البريدي |
| الحالة الوظيفية للشخص المسؤول عن سداد الفواتير <input type="checkbox"/> يعمل (تاريخ التوظيف: _____) <input type="checkbox"/> لا يعمل (ما مدة بقائه دون عمل: _____) <input type="checkbox"/> متقاعد <input type="checkbox"/> طالب <input type="checkbox"/> يعاني من إعاقة <input type="checkbox"/> أخرى (_____) | | |

معلومات عن الأسرة

اذكر أفراد أسرتك، بما فيهم أنت. تشمل "الأسرة" الأشخاص الذين تجمع بينهم صلة المولد، أو الزواج، أو التبني، والذين يقيمون معًا.

أرفق صفحات إضافية إذا لزم الأمر

عدد أفراد الأسرة _____

| الاسم | تاريخ الميلاد | علاقته بالمريض | إذا كان يبلغ 18 عامًا أو أكثر: اسم (أسماء) صاحب العمل أو مصدر الدخل | إذا كان يبلغ 18 عامًا أو أكثر: إجمالي الدخل الشهري الكلي (قبل الضرائب): | هل تقدم بطلب أيضًا للحصول على المساعدة المالية؟ |
|-------|---------------|----------------|--|--|---|
| | | | | | نعم / لا |
| | | | | | نعم / لا |
| | | | | | نعم / لا |
| | | | | | نعم / لا |

يجب الإفصاح عن دخل جميع أفراد الأسرة البالغين. تشمل مصادر الدخل، على سبيل المثال:

- الأجر - مخصصات البطالة - الأعمال الحرة - تعويضات العاملين - مخصصات الإعاقة - SSI (دخل الضمان التكميلي) - إعالة الطفل/الزوجة (الزوج)
- برامج توفير العمل بجانب الدراسة (للطالبة) - المعاش - توزيعات حساب التقاعد - أخرى (يرجى التوضيح _____)

نموذج طلب الرعاية الخيرية/المساعدة المالية – سري

المعلومات الخاصة بالدخل

تذكر: يجب عليك إرفاق إثبات الدخل مع طلبك.

يجب عليك تقديم معلومات حول دخل أسرتك. يلزم التحقق من الدخل لتحديد المساعدة المالية. يجب على جميع أفراد الأسرة الذين يبلغون من العمر 18 عاماً أو أكثر الإفصاح عن دخلهم. إذا كان لا يمكنك تقديم وثائق، يمكنك إرسال بيان مكتوب وموقع يوضح دخلك. يرجى تقديم إثبات بكل مصدر دخل محدد. تشمل الأمثلة على إثباتات الدخل:

- بيان اقتطاع "W-2"؛ أو
 - كعوب شيكات أجور حديثة (3 أشهر)؛ أو
 - الإقرار الضريبي للدخل للعام الماضي، بما في ذلك الجداول إذا كان ينطبق؛ أو
 - إفادات كتابية موقعة من أصحاب العمل أو آخرين؛ أو
 - قبول/رفض التأهل للحصول على مخصصات Medicaid و/أو المساعدة الطبية الممولة من الولاية؛ أو
 - قبول/رفض التأهل للحصول على تعويضات البطالة.
- إذا لم يكن لديك إثبات دخل أو لم يكن لديك دخل، يرجى إرفاق صفحة إضافية موضحاً سبب ذلك.

المعلومات الخاصة بالنفقات

نستخدم هذه المعلومات لمعرفة حالتك المالية بشكل أفضل.

نفقات الأسرة الشهرية: _____ دولار

إيجار/رهن عقاري _____ دولار

أقساط التأمين _____ دولار

ديون/نفقات أخرى _____ دولار

النفقات الطبية _____ دولار

المرافق _____ دولار

(عالة طفل، قروض، أدوية، أخرى) _____ دولار

المعلومات الخاصة بالأصول

قد نستخدم هذه المعلومات إذا كان دخلك أعلى من 101% من قيمة توجيهات مستوى خط الفقر الفيدرالي.

هل لدى عائلتك هذه الأصول الأخرى؟

الرصيد الحالي للحساب الجاري _____ دولار

الرصيد الحالي لحساب الادخار _____ دولار

يرجى تحديد كل ما ينطبق

أسهم سندات K401 حساب (حسابات) ادخار صحي وديعة (ودائع)

ملكية عقارية (يُستثنى منها محل الإقامة الرئيسي) امتلاك عمل تجاري

معلومات إضافية

يرجى إرفاق صفحة إضافية إذا كانت هناك معلومات أخرى عن حالتك المالية الحالية ترغب في أن نعلم بشأنها، مثل أزمة مالية أو نفقات طبية زائدة أو دخل موسمي أو مؤقت أو خسارة شخصية.

موافقة المريض

أدرك أن Providence قد تتحقق من المعلومات بمراجعة معلومات الائتمان وبالوصول على معلومات من مصادر أخرى للمساعدة في تحديد الأهلية للحصول على المساعدة المالية أو خطط الدفع.

أؤكد على أن المعلومات المذكورة أعلاه صحيحة على حد علمي. أدرك أنه إذا تقرر أن المعلومات المالية التي قدمتها خاطئة، فإن النتيجة قد تكون رفض المساعدة المالية، وقد أكون مسؤولاً عن الدفع مقابل الخدمات المقدمة ومنتوقاً من ذلك.

التاريخ _____

توقيع الشخص المتقدم بالطلب _____