



Уход/финансовой помощи благотворительных формы инструкции

Это заявление на финансовую помощь (также известный как благотворительный уход) в Провиденсе.

Федеральное законодательство и законодательство штатов требует все больницы для оказания финансовой помощи для людей и семей, которые удовлетворяют определенным требованиям в отношении дохода. Вы можете претендовать бесплатно уход или сниженной цене уход на основе размера семьи и дохода, даже если у вас есть медицинское страхование. Для просмотра нашей политики финансовой помощи и слайд шкала Руководство, пожалуйста, перейдите на проживающих Государственный сайт от <https://www.providence.org/obp>

Что покрывает финансовой помощи? Медицинские финансовой помощи охватывает медицински необходимым больницах предоставляется одним из наших больниц, зависящ на ваше право. Финансовая помощь не может покрыть все расходы на медицинское обслуживание, включая услуги, предоставляемые другими организациями.

Если у вас есть вопросы или нужна помощь, выполнение этого приложения: наши политику оказания финансовой помощи, информация о программах и заявочные материалы доступны на нашем сайте или по телефону. Вы можете получить справку по любой причине, включая инвалидность и языковой помощи. Перевод письменных документов предоставляются по запросу. Вот как с нами связаться: <https://www.providence.org/obp>

Представители по обслуживанию клиентов на: 1-855-229-6466

Понедельник Пятница 8:00 утра до 5:00 вечера

Для вашего приложения для обработки, вы должны:

- Предоставить нам информацию о вашей семье**
Заполните количество членов семьи в вашем доме (семейство включает людей, связанных с рождения, брака или усыновления, которые живут вместе)
- Сообщите нам информацию о вашей семьи валовой ежемесячный доход (прибыль до налогов и вычетов) включить корешки, W-2 формы, налоговые декларации, социального обеспечения награды письма, и т.д..**
(Просмотреть приложения раздел поступлений финансовой помощи для больше примеров)
- Предоставления документации для семейного дохода и декларировать активы**
- Приложите дополнительную информацию, если необходимо**
- Подпишите и поставьте дату формы финансовой помощи**

Примечание: Вы не должны предоставлять номер социального страхования для получения финансовой помощи. Если вы предоставите нам ваш номер социального страхования, то это поможет ускорить обработку вашего приложения. Номера социального страхования используются для проверки предоставленной нам информации. Если вы не имеют номер социального страхования, пожалуйста, отметьте «неприменимо» или «НС».

Почте или по факсу завершено приложения со всей документацией для: Providence региональный бизнес-офис, P.O. Box 3299 Портленд, OR 97208-3395. Не забудьте сохранить копию для себя.

Чтобы отправить заполненное заявление в лицо: взять ваш ближайший госпиталь кассы



Мы сообщим вам до окончательного определения приемлемости и привлекательность прав, если это применимо, в течение 14 дней с момента получения полной финансовой помощи приложений, включая документацию дохода.

Подавая заявку на финансовую помощь, вы даете согласие для нас, чтобы сделать необходимые запросы для подтверждения финансовых обязательств и информация.

Мы хотим помочь. Пожалуйста, отправьте ваше приложение быстро! Вы можете получить законопроекты до тех пор, пока мы получим вашу информацию.



Благотворительный уход/финансовой помощи форма заявки – конфиденциальной

Пожалуйста, полностью заполните всю информацию. Если она не применяется, напишите «НС».

Прикрепите дополнительные страницы, если необходимо.

ПОКАЗ ИНФОРМАЦИИ

Вам нужен переводчик? Да Нет Если да, списка предпочтительный язык:

Пациент применяет на Медикейд? Да Нет

Пациент получает государственной службы как TANF, основные продукты питания или WIC? Да Нет

Является ли пациент в настоящее время бездомным? Да Нет

Это пациента медицинской помощи должны связано с травмой автомобиль аварии или работы? Да Нет

ОБРАТИТЕ ВНИМАНИЕ

- Мы не можем гарантировать, что вы будете иметь право на финансовую помощь, даже если вы.
- После того как вы отправить в вашем приложении, мы может проверить всю информацию и может запросить дополнительную информацию или доказательства дохода.
- В течение 14 дней после того, как мы получим вашу заполненную анкету и документации, мы сообщим вам если вы имеете право на помощь.

ПАЦИЕНТА И ЗАЯВИТЕЛЯ ИНФОРМАЦИИ

Имя пациента	Имя пациента	Фамилия пациента
<input type="checkbox"/> Мужчины <input type="checkbox"/> Девушки <input type="checkbox"/> Другие (указать _____)	Дата рождения	Пациент номер социального страхования (опционально*) <i>* необязательно, но для более щедрой помощи выше государственного права требования</i>
Лицо, ответственное за выплату Билл	Отношение к пациенту	Дата рождения
		Номер социального страхования (опционально*) <i>* необязательно, но для более щедрой помощи выше государственного права требования</i>
Почтовый адрес _____		Основные контактные номер(а) () _____ () _____
Город	Государство	Почтовый индекс
Статус занятости лица, ответственного за уплату Билл <input type="checkbox"/> Занятых (Дата проката: _____) <input type="checkbox"/> Безработные (как долго безработных: _____) <input type="checkbox"/> Самозанятые <input type="checkbox"/> Студент <input type="checkbox"/> Инвалидов <input type="checkbox"/> В отставке <input type="checkbox"/> Другие (_____)		Адрес электронной почты: _____

ИНФОРМАЦИЯ О СЕМЬЕ

Список членов семьи в вашем доме, включая вас. «Семья» включает в себя людей, связанных с рождения, брака или усыновления, которые живут вместе.

РАЗМЕР СЕМЬИ _____

Приложите дополнительную страницу, при необходимости

Имя	Дата рождения	Отношение к пациенту	Если старше 18 лет: ы имя или источник дохода	Если старше 18 лет: всего суммы ежемесячного дохода (до уплаты налогов):	Также применение для финансовой помощи?
					Да / нет
					Да / нет
					Да / нет



					Да / нет
Должны раскрываться доход всех взрослых членов семьи. Источники дохода, например, включить:					
- Заработная плата - Уровень безработицы - Самостоятельная занятость - Компенсации работника - Инвалидность - SSI					
- Поддержка ребенка/супругов - Работа учебных программ (студенты) - Пенсии - Пенсионные счета распределений					
- Другие (просьба пояснить _____)					



Благотворительный уход/финансовой помощи форма заявки – конфиденциальной ДОХОД-ИНФОРМАЦИЯ

Помните: Вы должны включать доказательство дохода с приложением.

Вы должны представить информацию о доходе вашей семьи. Подтверждения дохода необходим для определения финансовой помощи.

Все члены семьи старше 18 лет должны раскрывать свои доходы. Если вы не можете предоставить документацию, вы можете подать письменное подписанное заявление с описанием вашего дохода. Просьба представить доказательства для всех выявленных источников дохода. Примеры доказательства дохода:

- Удержание заявление «W-2»; или
- Текущий платить залушки (3 месяца); или
- В прошлом году подоходного налога, включая графики, если это применимо; или
- Письменные, подписанные заявления от работодателей или других лиц; или
- Утверждение/отказ предоставления права на Медикайд или финансируемых государством медицинской помощи; или
- Утверждение/отказ предоставления права на пособие по безработице.

Если у вас нет доказательств дохода или нет доходов, приложите дополнительную страницу с разъяснением.

СВЕДЕНИЯ О РАСХОДАХ

Мы используем эту информацию для получения более полной картины вашего финансового положения.

Ежемесячные расходы:

Аренда/Ипотека	\$ _____	Медицинские расходы	\$ _____
Страховые премии	\$ _____	Утилиты	\$ _____
Другие задолженности/расходы	\$ _____	(Поддержка детей, кредиты, лекарств, другие)	

ИНФОРМАЦИЯ АКТИВОВ

Эта информация может быть использована, если ваш доход выше 101% федеральных руководящих принципов бедности.

Текущий баланс текущего счета

\$ _____

Текущий баланс сберегательного счета

\$ _____

Ваша семья имеет эти прочие активы?

Проверьте все варианты

Запасы Облигации 401K Здоровье Сберегательный счет (s)

Доверие (s)

Имущество (за исключением основного места жительства)

Собственный бизнес

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Пожалуйста, приложите дополнительную страницу, если есть другие сведения о вашей текущей финансовой ситуации, что вы хотели знать, например, финансовые трудности, чрезмерные медицинские расходы, сезонные или временный доход или личная потеря.

ПАЦИЕНТ СОГЛАШЕНИЕ

Я понимаю, что Провиденс может проверить информацию, просматривая кредитную информацию и получая информацию из других источников, чтобы помочь в определении права на финансовую помощь или планы платежей.

Я подтверждаю, что приведенная выше информация является правильной и достоверной, насколько мне известно. Я понимаю, если финансовая информация, которую я даю определяется равным false, результат может быть отказ в предоставлении финансовой помощи, и я может быть ответственным за и ожидать, чтобы заплатить за услуги, предоставляемые.

Подпись лица, применяющие

Дата