

चैरिटी केयर/वित्तीय सहायता आवेदन पत्र निर्देश

यह प्रोविडेंस में वित्तीय सहायता (जिसे चैरिटी केयर के रूप में भी जाना जाता है) के लिए एक आवेदन है।

संघीय और राज्य कानून में सभी हॉस्पिटल्स को एक निश्चित आय आवश्यकताओं को पूरा करने वाले उन लोगों और परिवारों को वित्तीय सहायता प्रदान करने की आवश्यकता होती है। आप अपने परिवार के आकार और आय के आधार पर मुफ्त देखभाल या रियायती देखभाल के लिए अर्हता प्राप्त कर सकते हैं, भले ही आपके पास स्वास्थ्य बीमा हो। हमारी वित्तीय सहायता नीति और स्लाइड स्केल दिशानिर्देशों को देखने के लिए, कृपया <https://www.providence.org/obp> से अपने निवास राज्य की वेबसाइट पर जाएं।

वित्तीय सहायता क्या कवर करती है? चिकित्सा वित्तीय सहायता हमारी पात्रता के आधार पर संगठनों के हमारे परिवार के भीतर हमारे हॉस्पिटल्स या क्लीनिकों में से एक द्वारा प्रदान की गई चिकित्सकीय रूप से आवश्यक देखभाल को कवर करती है। वित्तीय सहायता अन्य संगठनों द्वारा प्रदान की गई सेवाओं सहित सभी स्वास्थ्य देखभाल लागतों को कवर नहीं कर सकती है।

यदि आपके कोई प्रश्न हैं या इस आवेदन को पूरा करने में सहायता की आवश्यकता है: हमारी वित्तीय सहायता नीतियां, कार्यक्रमों के बारे में जानकारी और आवेदन सामग्री हमारी वेबसाइट या फोन के माध्यम से उपलब्ध हैं। आप विकलांगता और भाषा सहायता सहित, किसी भी कारण से सहायता प्राप्त कर सकते हैं। अनुवादित लिखित दस्तावेज अनुरोध पर उपलब्ध हैं। यहां बताया गया है कि हमसे कैसे संपर्क करें:

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

ग्राहक सेवा प्रतिनिधि: 503-215-7575 या 855-229-6466

सोमवार-शुक्रवार सुबह 8:00 बजे से शाम 5:00 बजे तक

आपके आवेदन को संसाधित करने के लिए, आपको चाहिए:

- **हमें अपने परिवार के बारे में जानकारी प्रदान करें**
अपने घर में परिवार के सदस्यों (परिवार में जन्म, विवाह, या गोद लेने से संबंधित लोग शामिल हैं जो एक साथ रहते हैं) की संख्या भरें
- **हमें अपने परिवार की सकल मासिक आय (करों और कटौतियों से पहले की आय) के बारे में जानकारी प्रदान करें, जिसमें वेतन स्टब्स, W-2 फॉर्म, टैक्स रिटर्न, सोशल सिक्योरिटी पुरस्कार पत्र, और संपत्ति से प्राप्त आय के विवरण शामिल हों, और संपत्तियों की घोषणा और दस्तावेज उपलब्ध कराएं।¹ (अधिक उदाहरणों के लिए वित्तीय सहायता आवेदन आय अनुभाग देखें)**
- **यदि आवश्यक हो तो अतिरिक्त जानकारी संलग्न करें**
- **वित्तीय सहायता प्रपत्र पर हस्ताक्षर करें और तारीख करें**

नोट: आपको वित्तीय सहायता हेतु आवेदन करने के लिए एक सोशल सिक्योरिटी नंबर प्रदान करने की आवश्यकता नहीं है। यदि आप हमें अपना सोशल सिक्योरिटी नंबर प्रदान करते हैं, तो आपका सोशल सिक्योरिटी नंबर आपको पहचानने के लिए उपयोग किया जा सकता है या हमें प्रदान की गई जानकारी को सत्यापित करने के

¹ राज्य के कानून द्वारा निषिद्ध किया जा सकता है, प्रोविडेंस मेडिकेयर कॉस्ट रिपोर्टिंग के लिए मेडिकेयर एंड मेडिकेड सर्विसेज (सीएमएस) के केंद्र द्वारा आवश्यक परिसंपत्तियों से संबंधित जानकारी एकत्र करेगा और विचार करेगा।
506318055.3

लिए उपयोग किया जा सकता है। यदि आपके पास सोशल सिक्योरिटी संख्या नहीं है, तो कृपया "लागू नहीं" या "ना" को चिह्नित करें।

सभी दस्तावेजों के साथ पूर्ण आवेदन को मेल करें: प्रोविडेंस क्षेत्रीय व्यापार कार्यालय, पी.ओ. बॉक्स 3299 पोर्टलैंड, या 97208-3395 संयुक्त राज्य अमेरिका। अपने लिए एक प्रति रखना सुनिश्चित करें।

व्यक्तिगत रूप से अपना पूरा आवेदन जमा करने के लिए: अपने निकटतम अस्पताल के वित्तीय परामर्शदाता के कार्यालय में ले जाएं। हम आपको पात्रता और अपील के अधिकारों के अंतिम निर्धारण के बारे में, यदि लागू हो, तो आय के प्रलेखन सहित पूर्ण वित्तीय सहायता आवेदन प्राप्त करने के 14 से 30 दिनों के बीच सूचित करेंगे।

एक वित्तीय सहायता आवेदन जमा करके, आप वित्तीय दायित्वों और जानकारी की पुष्टि करने के लिए आवश्यक पूछताछ करने हेतु हमें अपनी सहमति देते हैं।

हम मदद करना चाहते हैं। कृपया अपना आवेदन तुरंत जमा करें। जब तक हमें आपका पूरा किया हुआ आवेदन और आवश्यक दस्तावेज प्राप्त नहीं हो जाते, तब तक आपको लगातार बिलिंग विवरण प्राप्त होते रह सकते हैं, जब तक कि आपके राज्य के चैरिटी केयर कानूनों द्वारा निषिद्ध न हो।

चैरिटी केयर/वित्तीय सहायता आवेदन पत्र - गोपनीय

कृपया सभी जानकारी पूरी तरह से भरें। यदि यह लागू नहीं होता है, तो "ना" लिखें। यदि आवश्यक हो तो अतिरिक्त पृष्ठ संलग्न करें।

स्क्रीनिंग सूचना

क्या आपको दुभाषिए की ज़रूरत है? हाँ नहीं यदि हाँ, तो पसंदीदा भाषा सूची:

क्या रोगी ने मेडिकेड के लिए आवेदन किया है? हाँ नहीं क्या रोगी अंधा है? हाँ नहीं क्या रोगी अक्षम है? हाँ नहीं

क्या रोगी को TANF, साधारण भोजन या WIC जैसी राज्य सार्वजनिक सेवाएं मिलती हैं? हाँ नहीं

क्या रोगी वर्तमान में बेघर है? हाँ नहीं

क्या रोगी की चिकित्सा देखभाल कार दुर्घटना या काम की चोट से संबंधित है? हाँ नहीं

कृपया ध्यान दें

- हम गारंटी नहीं दे सकते कि आवेदन करने के बावजूद, आप वित्तीय सहायता के लिए अर्हता प्राप्त करेंगे।
- एक बार जब आप अपना आवेदन भेजते हैं, तो हम सभी जानकारी की जांच कर सकते हैं और अतिरिक्त जानकारी या आय का प्रमाण मांग सकते हैं।
- आपके पूर्ण आवेदन और प्रलेखन को प्राप्त करने के बाद 14-30 दिनों के भीतर, हम आपको हमारी अवधारणा के बारे में सूचित करेंगे।

रोगी और आवेदक जानकारी

रोगी पहला नाम	रोगी मध्य नाम	रोगी अंतिम नाम
<input type="checkbox"/> पुरुष <input type="checkbox"/> महिला <input type="checkbox"/> अन्य (निर्दिष्ट कर सकते हैं)	जन्म की तारीख	रोगी का सोशल सिक्योरिटी नंबर (वैकल्पिक)
भुगतान करने के लिए जिम्मेदार व्यक्ति	रोगी के साथ संबंध	जन्म की तारीख
डाक पता		सोशल सिक्योरिटी नंबर (वैकल्पिक)
		मुख्य संपर्क नंबर () _____ () _____ मेल पता: _____
शहर (*): राज्य (*): ज़िप कोड		

बिल का भुगतान करने के लिए जिम्मेदार व्यक्ति की रोजगार की स्थिति

नियोजित (भर्ती की तारीख): _____ बेरोजगार (कब तक बेरोजगार रहे): _____

स्व-नियोजित छात्र अक्षम सेवानिवृत्त अन्य _____

परिवार की जानकारी

आप सहित, अपने घर में परिवार के सदस्यों को सूचीबद्ध करें। "परिवार" में जन्म, विवाह, या गोद लेने से संबंधित लोग शामिल हैं जो एक साथ रहते हैं।

परिवार का आकार यदि

आवश्यक हो तो अतिरिक्त पृष्ठ संलग्न करें

नाम	जन्म की तारीख	रोगी के साथ संबंध	यदि 18 वर्ष या उससे अधिक उम्र के: नियोक्ता (नियोक्ताओं) का नाम या आय का स्रोत	यदि 18 वर्ष या उससे अधिक उम्र के: कुल सकल मासिक आय (करों के बिना):	वित्तीय सहायता के लिए भी आवेदन करना?
					हाँ/नहीं
					हाँ/नहीं
					हाँ/नहीं
					हाँ/नहीं

सभी वयस्क परिवार के सदस्यों की आय का खुलासा किया जाना चाहिए। आय के स्रोतों में शामिल हैं, उदाहरण के लिए: मजदूरी- बेरोजगारी-स्व-नियोजित-कार्यकर्ता की मुआवजा-विकलांगता-एसएसआई-चाइल्ड/स्पाउसल सपोर्ट-वर्क स्टडी प्रोग्राम्स (छात्र)-उदाहरण-स्टॉक, बॉन्ड, आईआरए, म्यूचुअल फंड, किराये की आय, आदि के लिए परिसंपत्तियों से प्राप्त की गई आय।

चैरिटी केयर/वित्तीय सहायता आवेदन पत्र - गोपनीय
आय की जानकारी

याद रखें: आपको अपने आवेदन के साथ आय का प्रमाण शामिल करना चाहिए।

आपको अपने परिवार की आय के बारे में जानकारी देनी होगी। वित्तीय सहायता निर्धारित करने के लिए आय सत्यापन की आवश्यकता होती है। सभी परिवार के सदस्यों को 18 साल या उससे अधिक उम्र का होना चाहिए। यदि आप प्रलेखन प्रदान नहीं कर सकते हैं, तो आप अपनी आय का वर्णन करते हुए एक लिखित हस्ताक्षरित विवरण प्रस्तुत कर सकते हैं। कृपया आय के प्रत्येक पहचाने गए स्रोत के लिए प्रमाण प्रदान करें।

आय के प्रमाण के उदाहरणों में शामिल हैं:

- एक "W-2" रोक की स्टेटमेंट; या
- मौजूदा वेतन स्टब्स (3 महीने); या
- पिछले साल की आयकर रिटर्न, जिसमें शेड्यूल भी शामिल है यदि लागू हो; या
- नियोक्ताओं या अन्य से लिखित, हस्ताक्षरित स्टेटमेंट; या
- संपत्ति (स्टॉक, बॉन्ड, IRAs, म्यूचुअल फंड, आदि) से प्राप्त आय के विवरण; या
- बेरोजगारी मुआवजे के लिए पात्रता की स्वीकृति/इनकार।

यदि आपके पास आय का कोई प्रमाण नहीं है या कोई आय नहीं है, तो कृपया स्पष्टीकरण के साथ एक अतिरिक्त पृष्ठ संलग्न करें।

खर्च की जानकारी

हम इस जानकारी का उपयोग आपकी वित्तीय स्थिति को और अच्छे ढंग से समझने के लिए करते हैं।

मासिक आवश्यक निर्वाह खर्च:

किराया/बंधक \$ _____ चिकित्सा खर्च \$ _____

चिकित्सकीय/मासिक शर्तें \$ _____ उपयोगिताओं \$ _____

अन्य ऋण/खर्च \$ _____ (बाल सहायता, ऋण, दवाएं, अन्य)

परिसंपत्ति की जानकारी

यह जानकारी केवल हमारी नीति और राज्य नियमों के अनुसार उपयोग की जा सकती है जिसमें आपको देखभाल प्राप्त हुई और मेडिकेयर कॉस्ट रिपोर्टिंग के लिए सेंटर ऑफ़ मेडिकेयर एंड मेडिकेड सर्विसेज (सीएमएस) द्वारा एकत्र और आवश्यक माना जाता है।

मौजूदा जाँच खाता शेष

\$ _____

मौजूदा बचत खाता शेष

\$ _____

क्या आपके परिवार के पास ये अन्य परिसंपत्तियां हैं? कृपया सभी की लागू होने वाले उपायों की जांच करें

- स्टॉक बॉन्ड 401K स्वास्थ्य बचत खाता (एस) ट्रस्ट (एस)
 संपत्ति (प्राथमिक निवास को छोड़कर) एक व्यवसाय का मालिक है

अतिरिक्त जानकारी

कृपया एक अतिरिक्त पृष्ठ संलग्न करें यदि आपकी मौजूदा वित्तीय स्थिति के बारे में अन्य जानकारी है जो आप हमें बताना चाहते हैं, जैसे कि वित्तीय कठिनाई, अत्यधिक चिकित्सा व्यय, मौसमी या अस्थायी आय, या व्यक्तिगत नुकसान।

रोगी समझौता

मैं समझता हूँ कि प्रोविडेंस वित्तीय सहायता या भुगतान योजनाओं के लिए पात्रता निर्धारित करने में सहायता के लिए क्रेडिट जानकारी की समीक्षा और अन्य स्रोतों से जानकारी प्राप्त करके जानकारी को सत्यापित कर सकता है।

मैं इस बात की पुष्टि करता हूँ कि उपरोक्त जानकारी सही है और मेरे अनुसार बिल्कुल सत्य है। मैं समझता हूँ कि यदि मैं जो वित्तीय जानकारी देता हूँ, वह गलत है, तो परिणाम वित्तीय सहायता से इनकार हो सकता है, और मैं प्रदान की गई सेवाओं के लिए भुगतान करने के लिए जिम्मेदार हो सकता हूँ।

आवेदन करने वाले व्यक्ति का हस्ताक्षर

तारीख