

Mga Tagubilin sa Application Form para sa Pangangalaga sa Kawang-gawa/Tulong Pinansyal

Ito ay isang aplikasyon para sa tulong pinansyal (kilala rin bilang pangangalaga sa kawanggawa) sa Providence.

Ang batas ng pederal at estado ay nag-aatas sa lahat ng ospital na magbigay ng tulong pinansyal sa mga tao at pamilya na nakakatugon sa ilang mga kinakailangan sa kita. Maaari kang maging kwalipikado para sa libreng pangangalaga o may diskwentong pangangalaga batay sa laki at kita ng iyong pamilya, kahit na mayroon kang segurong pangkalusugan. Upang tingnan ang aming patakaran sa tulong pinansyal at mga alituntunin sa slide scale, mangyaring pumunta sa iyong website ng tirahan sa estado sa <https://www.providence.org/obp>.

Ano ang saklaw ng tulong pinansyal? Sinasaklaw ng tulong pinansyal na medikal ang kinakailangang pangangalagang medikal na ibinibigay ng isa sa aming mga ospital o klinika sa loob ng aming pamilya ng mga organisasyon depende sa iyong pagiging karapat-dapat. Maaaring hindi saklawin ng tulong pinansyal ang lahat ng gastos sa pangangalagang pangkalusugan, kabilang ang mga serbisyong ibinibigay ng ibang mga organisasyon.

Kung mayroon kang mga tanong o kailangan ng tulong sa pagkumpleto ng aplikasyon na ito: Ang aming mga patakaran sa tulong pinansyal, impormasyon tungkol sa mga programa, at ang mga materyales sa aplikasyon ay makukuha sa aming website o sa pamamagitan ng telepono. Maaari kang makakuha ng tulong sa anumang dahilan, kabilang ang sa kapansanan at tulong sa wika. Ang mga isinaling nakasulat na dokumento ay makukuha kapag hiniling. Narito kung paano makipag-ugnayan sa amin: <https://www.providence.org/obp>

Mga Customer Service Representative sa: 503-215-7575 o 855-229-6466

Lunes-Biyernes 8:00 am hanggang 5:00 pm

Upang maproseso ang iyong aplikasyon, kailangan mong:

- Bigyan kami ng impormasyon tungkol sa iyong pamilya**
Punan ang bilang ng mga miyembro ng pamilya sa iyong sambahayan (kabilang sa pamilya ang mga taong nauugnay sa kapanganakan, kasal, o pag-aampon na magkasamang nakatira)
- Magbigay sa amin ng impormasyon tungkol sa kabuuang buwanang kinikita ng iyong pamilya (kita bago ang mga buwis at mga bawas) upang isama ang mga pay stub, W-2 form, tax return, mga liham ng parangal sa social security, at mga pahayag para sa kita na kinuha mula sa mga asset, at ideklara at magbigay ng dokumentasyon para sa mga asset.**¹ (tingnan ang Seksyon ng Kita sa aplikasyon ng tulong pinansyal para sa higit pang mga halimbawa)
- Maglakip ng karagdagang impormasyon kung kinakailangan**
- Lagdaan at lagyan ng petsa ang form ng tulong pinansyal**

Tandaan: Hindi mo kailangang magbigay ng numero ng Social Security upang mag-apply para sa tulong pinansyal. Kung ibibigay mo sa amin ang iyong numero ng Social Security, ang iyong numero ng Social Security ay maaaring gamitin upang makilala ka o gamitin upang i-verify ang impormasyong ibinigay sa amin. Kung wala kang numero ng Social Security, mangyaring markahan ang "hindi naaangkop" o "NA."

I-mail ang nakumpletong aplikasyon kasama ang lahat ng dokumentasyon sa: Providence Regional Business Office, P.O. Box 3299 Portland, OR 97208-3395 ESTADOS UNIDOS. Siguraduhing magtago ng

¹ Maliban sa maaaring ipagbawal ng batas ng estado, ang Providence ay mangongolekta at isasaalang-alang ang impormasyon na may kaugnayan sa mga asset ayon sa kinakailangan ng Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) para sa pag-uulat ng gastos sa Medicare.

kopya para sa iyong sarili.

Upang isumite nang personal ang iyong nakumpletong aplikasyon: Dalhin sa iyong pinakamalapit na Opisina ng Tagapayo sa Pinansyal ng Ospital. Aabisuhan ka namin ng panghuling pagpapasiya ng pagiging karapat-dapat at mga karapatan sa apela, kung naaangkop, sa pagitan ng 14 at 30 araw ng pagtanggap ng kumpletong aplikasyon para sa tulong pinansyal, kabilang ang dokumentasyon ng kita.

Sa pamamagitan ng pagsusumite ng aplikasyon para sa tulong pinansyal, ibinibigay mo ang iyong pahintulot para sa amin na gumawa ng mga kinakailangang pagtatanong upang kumpirmahin ang mga obligasyon at impormasyon sa pananalapi.

Gusto naming tumulong. Mangyaring isumite kaagad ang iyong aplikasyon. Maaari kang magpatuloy na makatanggap ng mga billing statement hanggang sa matanggap namin ang iyong kumpletong aplikasyon at kinakailangang dokumentasyon maliban kung ipinagbabawal ng mga batas sa pangangalaga sa kawanggawa ng iyong estado.



Form ng Aplikasyon para sa Pangangalaga sa Kawanggawa/Tulong Pinansyal – kumpidensyal
Mangyaring punan ang lahat ng impormasyon nang buo. Kung hindi ito naaangkop, isulat ang "NA."
Maglakip ng mga karagdagang pahina kung kinakailangan.

IMPORMASYON SA PAG-SCREEN

Kailangan mo ba ng interpreter? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi <i>Kung Oo, ilista ang gustong wika:</i>
Nag-apply ba ang pasyente para sa Medicaid? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi Ang pasyente ba ay Bulag? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi May Kapansanan ba ang pasyente? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
Tumatanggap ba ang pasyente ng mga pampublikong serbisyo ng estado tulad ng TANF, Basic Food, o WIC? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
Ang pasyente ba ay kasalukuyang walang tirahan? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
May kaugnayan ba ang pangangailangang medikal ng pasyente sa isang aksidente sa sasakyan o pinsala sa trabaho? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi

PAALALA

- Hindi namin magagarantiya na magiging kwalipikado ka para sa tulong pinansyal, kahit na mag-apply ka.
- Sa sandaling ipadala mo ang iyong aplikasyon, maaari naming suriin ang lahat ng impormasyon at maaaring humingi ng karagdagang impormasyon o patunay ng kinikita.
- Sa loob ng 14-30 araw pagkatapos naming matanggap ang iyong kumpletong aplikasyon at dokumentasyon, aabisuhan ka namin tungkol sa aming pagpapasiya.

IMPORMASYON NG PASYENTE AT APLIKANTE

Pangalan ng pasyente	Panggitnang pangalan ng pasyente		Apelyido ng pasyente
<input type="checkbox"/> Lalaki <input type="checkbox"/> Babae <input type="checkbox"/> Iba pa (maaaring tukuyin_____)	Araw ng kapanganakan		Numero ng Social Security ng Pasyente (opsyonal)
Taong Responsable sa Pagbabayad ng Bill	Relasyon sa Pasyente	Araw ng kapanganakan	Numero ng Social Security (opsyonal)
Address sa Koreo			(mga) pangunahing contact number () _____ () _____ Email Address: _____
Lungsod	Estado	Zip Code	

Katayuan sa pagtatrabaho ng taong responsable sa pagbabayad ng bill
 May trabaho (petsa ng pag-tatrabaho):_____ **Walang tra baho** (gaano katagal walang trabaho:)_____
 Nagtatrabahong Pang-sarili **Mag-aaral** **May kapansanan** **Retirado** **Iba pa** _____

IMPORMASYON NG PAMILYA

Ilista ang mga miyembro ng pamilya sa iyong sambahayan, kasama ka. Ang "Pamilya" ay may kasamang mga taong nauugnay sa kapanganakan, kasal, o pag -aampon na nakatira nang magkasama.

LAKI NG PAMILYA _____

Maglakip ng karagdagang pahina kung kinakailangan

Pangalan	Petsa ng Kapanganakan	Relasyon sa Pasyente	Kung 18 taong gulang o mas matanda: Pangalan ng (mga) employer o pinagmulan ng kita	Kung 18 taong gulang o mas matanda: Kabuuang gross na buwanang kita (bago ang buwis):	Nag -aapply din para sa tulong pinansiyal?
					Oo / Hindi
					Oo / Hindi
					Oo / Hindi
					Oo / Hindi

Ang lahat ng kita ng mga miyembro ng pamilya ng may sapat na gulang ay dapat isiwalat. Kasama sa mga mapagkukunan ng kinikita, halimbawa:

Wages o mga Pasahod -Ang kawalan ng trabaho-Nag-tatrabahong Pang-sarili-Kompensasyon ng manggagawa-Pagkabaldado-SSI-child/spousal na suporta-Mga programa sa pag-aaral sa trabaho (mga mag-aaral)-Kita na nagmula mula sa mga asset halimbawa-stocks, bond, IRA, kapwa pondo, kita sa pag-upa, atbp.

Form ng Aplikasyon para sa Pangangalaga sa Kawanggawa/Tulong Pinansyal – kumpidensyal

IMPORMASYON SA KITA

TANDAAN: Dapat mong isama ang patunay ng kinikita sa iyong aplikasyon.

Dapat kang magbigay ng impormasyon tungkol sa kinikita ng iyong pamilya. Kinakailangan ang pag -verify ng kinikita upang matukoy ang tulong pinansiyal. Ang lahat ng mga miyembro ng pamilya 18 taong gulang o mas matanda ay dapat ibunyag ang kanilang kinikita. Kung hindi ka maaaring magbigay ng dokumentasyon, maaari kang magsumite ng isang nakasulat na naka -sign na pahayag na naglalarawan sa iyong kinikita. Mangyaring magbigay ng patunay para sa bawat natukoy na mapagkukunan ng kinikita.

Ang mga halimbawa ng patunay ng kinikita ay kinabibilangan ng:

- Isang pahayag ng withholding na "W-2"; o
- Kasalukuyang mga stubs ng kabayaran (3 buwan);
- Ang income tax return ng nakaraang taon, kabilang ang mga schedule kung naaangkop;
- Nakasulat, naka -sign na mga pahayag mula sa mga employer o iba pa; o
- Mga pahayag ng kita na nagmula sa mga ari -arian (stock, bono, IRA, pondo ng isa't isa, atbp);
- Pag-apruba/pagtanggi ng pagiging karapat -dapat para sa kabayaran sa kawalan ng trabaho.

Kung wala kang katibayan ng kita o walang kinikita, mangyaring maglakip ng isang karagdagang pahina na may paliwanag.

IMPORMASYON SA GASTUSIN

Ginagamit namin ang impormasyong ito upang makakuha ng isang mas kumpletong larawan ng iyong sitwasyon sa pananalapi.

Buwanang May Katuturang gastusin sa pamumuhay:

Pag-upa/mortgage o pag-sasangla \$ _____ Mga gastos medikal \$ _____
 Mga medical Insurance Premiums \$ _____ Mga Utility \$ _____
 Iba pa Pagkakautang/Gastusin \$ _____ (suporta sa anak, pautang, mga gamot, iba pa)

IMPORMASYON SA ASSET O ARI-ARIAN

Ang impormasyong ito ay maaari lamang magamit alinsunod sa aming patakaran at mga regulasyon ng estado kung saan natanggap mo ang pangangalaga at nakolekta at itinuturing na hinihiling ng mga Sentro para sa Medicare at Medicaid Services (CMS) para sa pag-uulat ng gastos sa Medicare..

Kasalukuyang Balanse ng checking account

\$ _____

Kasalukuyang balanse ng savings account

\$ _____

Mayroon bang iba pang mga pag -aari ang iyong pamilya? **Mangyaring i-check ang lahat ng nalalapat**

- Mga Stock Mga Bond 401K (mga) Health Savings Account (Mga) Trust
 Ari-arian (hindi kasama ang pangunahing tirahan)
 Nagmamay -ari ng isang negosyo

KARAGDAGANG IMPORMASYON

Mangyaring maglakip ng isang karagdagang pahina kung mayroong iba pang impormasyon tungkol sa iyong kasalukuyang sitwasyon sa pananalapi na nais mong malaman namin, tulad ng isang kahirapan sa pananalapi, labis na gastos sa medikal, pana-panahon o pansamantalang kita, o personal na pagkawala.

KASUNDUAN NG PASYENTE

Naiintindihan ko na ang Providence ay maaaring mapatunayan ang impormasyon sa pamamagitan ng pagsusuri ng impormasyon sa credit at pagkuha ng impormasyon mula sa iba pang mga mapagkukunan upang makatulong sa pagtukoy ng pagiging karapat-dapat para sa tulong pinansiyal o mga plano sa pagbabayad.

Kinumpirma ko na ang impormasyon sa itaas ay totoo at tama sa abot ng aking kaalaman. Naiintindihan ko na kung ang impormasyong pinansyal na ibinibigay ko ay tinutukoy na hindi totoo, ang resulta ay maaaring pagtangga sa tulong pinansiyal, at maaaring ako ay may pananagutan at inaasahang magbabayad para sa mga serbisyong ibinigay.

Lagda ng taong Nag-aapply

Petsa