

Útmutató jótékonyági/pénzügyi támogatásra vonatkozó jelentkezési lap kitöltéséhez

Ez a Providence által nyújtott pénzügyi támogatás (más néven jótékonyági segély) kérelme.

A szövetségi és állami törvények előírják, hogy minden kórház pénzügyi segítséget nyújtson azoknak az egyéneknek és családoknak, akik megfelelnek bizonyos jövedelmi követelményeknek. Családja mérete és jövedelme alapján Ön ingyenes vagy kedvezményes ellátásra jogosult lehet, még akkor is, ha rendelkezik egészségbiztosítással. Pénzügyi segítségnyújtási politikánk és a vonatkozó mozgó skálás irányelveink megismeréséhez, kérjük látogasson el az Ön lakóhelye szerinti állam webhelyére a <https://www.providence.org/obp>.

Mire terjed ki a pénzügyi támogatás? Az egészségügyi pénzügyi segítségnyújtás az Ön jogosultságától függően az egyik kórházunk vagy vállaltcsoportunk egyik klinikája által nyújtott egészségügyiileg szükséges szolgáltatásokat fedezi. A pénzügyi támogatás nem biztos, hogy fedezi az orvosi ellátás összes költségét, beleértve a más szervezetek által nyújtott szolgáltatásokat is.

Ha kérdése van, vagy segítségre van szüksége a kérelem kitöltéséhez: Pénzügyi támogatási szabályzatunk, programinformációink és pályázati anyagaink elérhetők weboldalunkon vagy telefonon. Bármilyen segítséget kaphat, beleértve a speciális igényekkel kapcsolatos segítséget vagy a nyelvi segítséget. A lefordított írásos dokumentumok kérésre rendelkezésre állnak. Vegye fel velünk a kapcsolatot: <https://www.providence.org/obp>

Az ügyfélszolgálat képviselői: 503-215-7575 vagy 855-229-6466

Hétfő – péntek, 8:00 – 17:00

Az Ön jelentkezésének feldolgozása érdekében:

- Adja meg nekünk a családjával kapcsolatos információkat**
Adja meg a háztartásában élő családtagok számát (a családba azok az együtt élők tartoznak, akik vérvonalon, házassági vagy örökbefogadási szálon állnak kapcsolatban egymással)
- Adjon tájékoztatást háztartásának havi bruttó jövedelméről (adók és egyéb levonások előtti jövedelem), ideértve a fizetési csekkeket, W-2 nyomtatványokat, adóbevallásokat, társadalombiztosítási juttatásról szóló leveleket és vagyonjövdelem-kimutatásokat, nyilatkozzon és nyújtson be dokumentációt vagyonáról.**¹ (további példákat lásd a „Jövedelem” című fejezetben, ahol is a pénzügyi támogatási kérelem megtalálható)
- Szükség esetén mellékeljen további információkat**
- Írja alá és keltezza a pénzügyi támogatási kérelem formanyomtatványát**

Megjegyzés: Az anyagi támogatás igényléséhez nem kell megadnia a társadalombiztosítási számát. Ha megadja nekünk társadalombiztosítási számát, azt felhasználhatjuk az Ön azonosítására vagy a számunkra megadott adatok ellenőrzésére. Ha nem rendelkezik társadalombiztosítási számmal, jelölje be a „nem alkalmazható” vagy az „N/A” jelölőnégyzetet.

Kérjük, küldje el a kitöltött kérelmet az összes dokumentációval együtt küldje el a következő címre:

Providence Regional Business Office, P.O Box 3299 Portland, vagy 97208-3395 AMERIKAI EGYESÜLT ÁLLAMOK. Mindenképpen őrizzen meg egy példányt magának.

¹ Az állami törvények által tiltott esetek kivételével a Providence összegyűjti és felülvizsgálja az eszközökkel kapcsolatos adatokat a Centers for Medicare és a Medicaid Services (CMS) által támasztott követelmények szerint a Medicare-költségjelentésekhez szükségesnek megfelelően.

A kitöltött kérelem személyes benyújtása: Vigye el a legközelebbi kórház pénzügyi tanácsadó irodájába. A teljes pénzügyi támogatási kérelemnek, beleértve a jövedelemdokumentációt is, kézhezvételétől számított 14–30 napon belül értesítjük Önt a pénzügyi támogatásra való jogosultsága megállapításáról és a fellebbezési jogáról, ha olyanak van helye.

A pénzügyi támogatás igénylésével Ön hozzájárul ahhoz, hogy a pénzügyi kötelezettségvállalások és információk ellenőrzéséhez szükséges kéréseket megtegyük.

Segíteni akarunk. Kérjük, haladéktalanul nyújtsa be jelentkezését. Továbbra is kaphat számlákat mindaddig, amíg meg nem kapjuk a kitöltött kérelmét és a szükséges dokumentumokat, kivéve, ha ezt az Ön államának jótékonyági támogatási törvényei tiltják.

Jótékonyági/pénzügyi támogatási jelentkezési lap (bizalmas)

Kérjük, adjon meg teljes körű tájékoztatást. Ha nem alkalmazható, írjon „n/a.”-t. Szükség esetén mellékeljen további oldalakat.

VIZSGÁLATI INFORMÁCIÓK

Tolmácsra van szüksége? **Igen** **Nem** *Ha az „Igen” lehetőséget választja, kérjük, adja meg a kívánt nyelvet:*

Jelentkezett-e a páciens Medicaid-re? **Igen** **Nem** Szenved-e a páciens vakságban? **Igen** **Nem** A páciens mozgássérült, fogyatékos? **Igen** **Nem**

Kap-e a páciens állami szolgáltatásokat olyan programokon keresztül, mint a rászoruló családok ideiglenes segélyezése (TANF), az alapvető élelmiszerek vagy a WIC (WIC)? **Igen** **Nem**

A páciens jelenleg hajléktalan? **Igen** **Nem**

Autóbalesethez vagy munkahelyi sérüléshez kapcsolódik-e a páciens orvosi ellátásra szorulása? **Igen** **Nem**

KÉRJÜK, VEGYE FIGYELEMBE

- Nem tudjuk garantálni Önnek, hogy jogosultságot szerez a pénzügyi támogatásra, még akkor sem, ha Ön benyújtja kérelmét.
- Miután benyújtotta jelentkezését, ellenőrizhetünk minden információt, és további információkat vagy bevételi forrásigazolást kérhetünk.
- A kitöltött kérelmének és dokumentációjának kézhezvételétől számított 14-30 napon belül tájékoztatjuk Önt döntésünkről.

A páciens ÉS KÉRELMEZŐ ADATAI

A páciens neve		A páciens apai utóneve		A páciens vezetékneve	
<input type="checkbox"/> Férfi <input type="checkbox"/> Nő <input type="checkbox"/> Egyéb (adja meg _____)		Születési ideje.		A páciens társadalombiztosítási száma (opcionális)	
A számla kifizetéséért felelős személy		Ki ő a páciens számára?	Születési ideje.	Társadalombiztosítási száma (opcionális)	
Levelezési cím _____ _____				Elsődleges kapcsolattartó telefonszám (ok) () _____ () _____ E-mail cím: _____	
A város,		állam	postai	irányítószáma	

A számlafizetésért felelős személy foglalkoztatási státusza

Munkaviszonyban áll (munkába állásának időpontja): _____

Munkanélküli (mennyi ideje munkanélküli): _____

Önfoglalkoztatás **Diák** **Fogyatékkal élő** **Nyugdíjas** **Egyéb** _____

CSALÁDI INFORMÁCIÓ

Sorolja fel családtagjait, beleértve önmagát is. A „család” azokra az egy háztartásban élő emberekre vonatkozik, akiket vérvonali, házassági vagy örökbefogadási szálak kötnek össze.

A CSALÁD MÉRETE _____

Ha szükséges, csatoljon további oldalakat

Név	Születési ideje	Ki ő a páciens számára?	18 éves és annál idősebb személyek esetében: Munkáltató (k) vagy jövedelemforrás	18 éves és annál idősebb személyek esetében: Teljes havi bruttó jövedelem (adózás előtt):	Ön is pénzügyi támogatást kér?
					Igen / Nem
					Igen / Nem
					Igen / Nem
					Igen / Nem

Minden felnőtt családtag jövedelmét fel kell tüntetni. Egyebek közt a bevételi források közé tartoznak:

Munkabér Munkanélküli segély Önfoglalkoztatásból származó jövedelem A dolgozó munkajáradéka Rokkantsági ellátás-Kiegészítő szociális jövedelem Gyermekek/házastárs tartásdíja Munkaprogramok tanulás közben (diákok) Vagyonból (részvényekből, kötvényekből, magánnyugdíjszámlákból, befektetési alapokból, bérleti díjakból) szerzett jövedelem bevétel stb.

Jótékonyági/pénzügyi támogatási jelentkezési lap (bizalmas)**JÖVEDELEM INFORMÁCIÓK**

NE FELEDJE: A jövedelemigazolást csatolni kell a kérelemhez.

Tájékoztatást kell adnia családjá jövedelméről. Az anyagi támogatásra való jogosultság megállapításához jövedelemigazolásra van szükség. **Minden 18. életévét betöltött családtagnak közzé kell tennie jövedelmét. Ha nem tud bizonylatot benyújtani, benyújthat egy aláírt írásbeli nyilatkozatot, amelyben feltünteti a jövedelmét. Kérjük, nyújtson be igazolást minden felsorolt bevételi forrásra vonatkozóan.**

Példák jövedelemforrásra:

- „W-2” megőrzési jelentés; vagy
- Folyó fizetési csekkek (3 hónap); vagy
- Előző évi jövedelemadó-bevallás mellékletekkel, ha adott esetben alkalmazható; vagy
- A munkáltatótól vagy másoktól származó, aláírt írásbeli nyilatkozatok;
- Eszközökből származó eredménykimutatások (részvények, kötvények, egyéni nyugdíjszámla, befektetési alapok stb.); vagy
- Munkanélküli segély jóváhagyása/elutasítása.

Ha nem rendelkezik igazolással vagy bevétellel, kérjük, csatoljon egy további oldalt a magyarázatával.

KÖLTSÉGINFORMÁCIÓK

Ezeket az információkat arra használjuk, hogy teljesebb képet kapjunk az Ön pénzügyi helyzetéről.

Havi megélhetési költségek:

Bérleti díj / jelzalog \$ _____

Egészségügyi költségek \$ _____

Egészségbiztosítási díjak \$ _____

Közművek díjai \$ _____

Egyéb tartozások / kiadások \$ _____ (gyermektartási díj, hitelek, gyógyszerek stb.)

VAGYON INFORMÁCIÓK

Ezeket az információkat csak irányelveinknek és annak az államnak a szabályaival összhangban lehet felhasználni, amelyben a kezelést megkapta; ezeket az információkat a Medicare és Medicaid szolgáltatások Központja (CMS) követelményeinek megfelelően gyűjtjük és vizsgáljuk át a Medicare költségek jelentéséhez.

Aktuális folyószámlaegyenleg

\$ _____

Aktuális megtakarítási számla

egyenleg

\$ _____

Van a családjának egyéb vagyona? **Ellenőrizze az összes alkalmazható lehetőséget**

Kötvények Hitelviszonyt megtestesítő eszközök 401K

Orvosi takarékszámmla Trust (ok)

Tulajdonjog (az elsődleges lakóhelytől eltérő) Vállalkozás tulajdonjoga

KIEGÉSZÍTŐ INFORMÁCIÓK

Ha van olyan egyéb információja jelenlegi pénzügyi helyzetéről, amelyet szeretne közölni velünk, például pénzügyi nehézségek, túlzott egészségügyi kiadások, szezonális vagy átmeneti bevételek vagy személyes veszteség, kérjük, csatoljon egy további oldalt.

SZERZŐDÉSKÖTÉS A PÁCIENSSSEL

Tudomásul veszem, hogy a Providence a hitelinformációk vizsgálatával és más forrásokból származó információk beszerzésével ellenőrizheti az információkat, hogy segítsen meghatározni a pénzügyi támogatásra vagy a fizetési tervekre való jogosultságot.

Kijelentem, hogy a fenti információk legjobb tudásom szerint igazak és a valóságnak megfelelnek. Tudomásul veszem, hogy amennyiben az általam közölt pénzügyi adatok hamisnak bizonyulnak, az a pénzügyi támogatás megtagadását vonhatja maga után, és a nyújtott szolgáltatásokért felelősségre vonhatnak, és köteles leszek megtéríteni azokat.

Kérelmező aláírása

Dátum