

تعليمات نموذج طلب المساعدة المالية / الرعاية الخيرية

هذا طلب للحصول على مساعدة مالية (المعروفة أيضًا باسم الرعاية الخيرية) في بروفيدنس.

ينص القانون الوطني والقانون الجهوي على جميع المستشفيات تقديم مساعدة مالية للأشخاص والأسر الذين يستوفون شروط الدخل المعينة. قد تكون مؤهلاً للحصول على رعاية مجانية أو رعاية منخفضة التكلفة بناءً على حجم أسرته ودخله، حتى لو كان لديك تأمين صحي. لمشاهدة سياسة المساعدة المالية وإرشادات للحصول على المساعدة، يرجى زيارة الموقع الإلكتروني التابع للولاية التي تقيم بها

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

ماذا تغطي المساعدة المالية؟ تغطي المساعدة المالية الطبية الرعاية الطبية اللازمة التي تقدمها إحدى مستشفياتنا أو عياداتنا ضمن مجموعة منظماتنا حسب أهليتك. قد لا تغطي المساعدة المالية جميع تكاليف الرعاية الصحية، بما في ذلك الخدمات التي تقدمها المنظمات الأخرى.

إذا كانت لديك أسئلة أو كنت بحاجة إلى مساعدة في ملء هذا الطلب: لدينا سياسات تحكم المساعدة المالية ومعلومات حول البرامج وطرق لطلب المساعدة على موقعنا الإلكتروني أو عبر الهاتف. يمكنك الحصول على مساعدة لأي سبب، بما في ذلك الإعاقة والمساعدة اللغوية. الوثائق المكتوبة المترجمة متاحة عند الطلب. إليك كيفية الاتصال بنا: <https://www.providence.org/obp>

خدمة العملاء: 855-229-6466 أو 503-215-7575

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

لكي تتم معالجة طلبك، يجب عليك:

- تزويدنا بمعلومات عن عائلتك
- ذكر عدد أفراد الأسرة في منزلك (تشمل الأسرة الأبناء والأزواج والأشخاص الذين تم تبنيهم ويعيشون معًا)
- تزويدنا بمعلومات حول الدخل الشهري الإجمالي لأسرتك (الدخل قبل خصم الضرائب والخصومات) لتشمل قسائم الدفع، ونماذج W-2، والإقرارات الضريبية، وخطابات منح الضمان الاجتماعي، وكشوف الدخل من الأصول، والإعلان عن المستندات الخاصة بالأصول وتقديمها¹ (انظر "قسم الدخل" في طلب المساعدة المالية لمزيد من الأمثلة)
- إرفاق معلومات إضافية إذا لزم الأمر
- التوقيع على نموذج المساعدة المالية وتاريخه

ملاحظة: لا يتعين عليك تقديم رقم الضمان الاجتماعي لتقديم طلب للحصول على مساعدة مالية. إذا قمت بتزويدنا برقم الضمان الاجتماعي، فقد يتم استخدامه لتحديد هويتك أو استخدامه للتحقق من المعلومات المقدمة إلينا. إذا لم يكن لديك رقم ضمان اجتماعي، فيرجى وضع علامة "لا ينطبق" أو "غير متاح".

أرسل الطلب المعبأ بالبريد مع جميع الوثائق إلى: Providence Regional Business Office, P.O. Box 3299 Portland, OR 97208-3395 UNITED STATES OF AMERICA. تأكد من الاحتفاظ بنسخة لنفسك.

لتقديم طلبك المعبأ شخصيًا: توجه إلى أقرب مكتب المستشار المالي للمستشفى. سنخاطبك بالقرار النهائي حول أهليتك للحصول على المساعدة وحقوقك في الطعن في القرار، خلال مدة 14 إلى 30 يومًا من تلقي الطلب المعبأ ووثائق الدخل.

من خلال تقديم طلب المساعدة المالية، فإنك توافق على قيامنا بإجراء الاستفسارات اللازمة للتأكد من الالتزامات والمعلومات المالية.

نريد مساعدتك. يرجى تقديم طلبك على الفور. يمكنك الاستمرار في تلقي كشوف الفواتير حتى نتلقى طلبك المعبأ والوثائق المطلوبة ما لم تحظر قوانين الرعاية الخيرية في ولايتك ذلك.

¹ باستثناء ما قد يحظره قانون الولاية، ستقوم بروفيدنس بجمع المعلومات المتعلقة بالأصول والنظر فيها كما هو مطلوب من قبل المراكز التي

نموذج طلب الرعاية الخيرية / المساعدة المالية هو سري
يرجى تعبئة جميع المعلومات بالكامل. إذا لم تكن الخانة تنطبق عليك، فاكتب "لا شيء". أرفق صفحات إضافية إذا لزم الأمر.

معلومات الفحص

هل تحتاج إلى مترجم؟ نعم لا إذا كان نعم، فأذكر اللغة التي تريدها:

هل طلب المريض مساعدة Medicaid؟ نعم لا هل المريض أعمى؟ نعم لا هل المريض معاق؟ نعم لا

هل يتلقى المريض خدمات حكومية عامة مثل TANF أو Basic Food أو WIC؟ نعم لا

هل المريض حالياً بلا مأوى؟ نعم لا

هل الحاجة للرعاية الطبية للمريض مرتبطة بحادث سير أو حادث عمل؟ نعم لا

الرجاء ملاحظة ما يلي

- لا يمكننا ضمان أهليتك للحصول على المساعدة المالية، حتى إذا قمت بتقديم طلب.
- بعد إرسال طلبك، قد نتحقق من جميع المعلومات وقد نطلب معلومات إضافية أو إثبات للدخل.
- في غضون 14-30 يوماً بعد استلامنا لطلبك المعبأ ووثائقك، سنخاطبك بقرارنا.

معلومات المريض والمتقدم بالطلب

الاسم الأول للمريض	الاسم الأوسط للمريض	الاسم الأخير للمريض
<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> آخر (يرجى التحديد _____)	تاريخ الميلاد	رقم الضمان الاجتماعي للمريض (اختياري)
الشخص المسؤول عن دفع الفاتورة	نوع العلاقة بالمريض	تاريخ الميلاد
رقم (أرقام) الاتصال الرئيسية () () العنوان البريدي الإلكتروني: _____	العنوان البريدي	رقم الضمان الاجتماعي (اختياري)
المدينة	الولاية	الرمز البريدي
الوضع المهني للشخص المسؤول عن دفع الفاتورة <input type="checkbox"/> يعمل (تاريخ بدء العمل): _____ <input type="checkbox"/> يعمل لصالحه <input type="checkbox"/> تلميذ <input type="checkbox"/> معاق <input type="checkbox"/> متقاعد <input type="checkbox"/> عاطل (منذ متى): _____ <input type="checkbox"/> آخر		

معلومات عن الأسرة

اذكر أفراد الأسرة الذين يعيشون في منزلك، بما فيهم أنت. تشمل "الأسرة" الأبناء والأزواج والأشخاص الذين تم تبنيهم والذين يعيشون معاً.
أرفق صفحة إضافية إذا لزم الأمر

الاسم	تاريخ الميلاد	نوع العلاقة بالمريض	إذا كان عمره 18 عامًا أو أكبر: اسم صاحب العمل أو مصدر الدخل (الضرائب):	إذا كان عمره 18 عامًا أو أكبر: إجمالي الدخل الشهري الخام (قبل خصم الضرائب):	هل تقدمت بطلب للحصول على مساعدة مالية أيضاً؟
					نعم / لا
					نعم / لا
					نعم / لا
					نعم / لا

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

الأجور - البطالة - العمل الحر - تعويض العامل - الإعاقة - SSI - دعم الطفل / الزوج - برامج دراسة العمل (الطلاب) - الدخل من الأصول على سبيل المثال الأسهم والسندات وحسابات التقاعد الفردية والصناديق المشتركة ودخل الإيجار إلخ.

نموذج طلب الرعاية الخيرية / المساعدة المالية هو سري

معلومات عن الدخل

تذكر: يجب عليك إرفاق إثبات الدخل مع طلبك.

يجب عليك تقديم معلومات عن دخل أسرته. سيتم التحقق من الدخل لتحديد المساعدة المالية. يجب على جميع أفراد الأسرة الذين يبلغون من العمر 18 عامًا أو أكثر الإفصاح عن دخلهم. إذا لم تتمكن من تقديم الوثائق، يمكنك تقديم بيان مكتوب موقع يصف دخلك. يرجى تقديم إثبات لكل مصدر محدد للدخل.

من أمثلة إثبات الدخل ما يلي:

- بيان الضريبة على الدخل "W-2"؛ أو
- قسائم الرواتب الحالية (3 أشهر)؛ أو
- إقرار ضريبة الدخل للعام الماضي، بما في ذلك الجداول الزمنية إن وجدت؛ أو
- بيانات مكتوبة وموقعة من أصحاب العمل أو غيرهم؛ أو
- بيانات الدخل من الأصول (الأسهم، السندات، حسابات IRAs، الصناديق المشتركة، إلخ)؛ أو
- الموافقة / الحرمان من استحقاق تعويض البطالة.

إذا لم يكن لديك دليل على الدخل أو لا يوجد دخل، يرجى إرفاق صفحة إضافية مع شرح.

معلومات المصروفات

نستخدم هذه المعلومات للحصول على صورة أكثر اكتمالاً عن وضعك المالي.

نفقات المعيشة الأساسية الشهرية:

الإيجار / الرهن العقاري \$ _____	المصاريف الطبية \$ _____
علاوات التأمين الطبي \$ _____	المرافق \$ _____
مصاريف / ديون أخرى \$ _____	(دعم الطفل، قروض، أدوية، أخرى) _____

معلومات الأصول

لا يجوز استخدام هذه المعلومات إلا وفقاً لسياستنا وقوانين الولاية التي تلقت فيها الرعاية والتي تم جمعها لأنها مطلوبة من قبل مراكز خدمات Medicare و Medicaid (CMS) لإجراء تقارير تكاليف Medicare.

هل تمتلك أسرته هذه الأصول الأخرى؟ يرجى تحديد كل ما ينطبق	رصيد الحساب الجاري \$ _____
<input type="checkbox"/> الأسهم <input type="checkbox"/> السندات <input type="checkbox"/> 401K <input type="checkbox"/> حساب التوفير الصحي <input type="checkbox"/> الائتمان	رصيد حساب التوفير \$ _____
<input type="checkbox"/> الأملاك (باستثناء السكن الرئيسي) <input type="checkbox"/> شركة خاصة	

معلومات إضافية

يرجى إرفاق صفحة إضافية إذا كانت هناك معلومات أخرى حول وضعك المالي الحالي تريد منا أن نعرفها، مثل المصاعب المالية أو النفقات الطبية الزائدة أو الدخل الموسمي أو المؤقت أو الخسارة الشخصية.

اتفاقية المريض

أفهم أن بروفيدينس قد يتحقق من المعلومات من خلال مراجعة المعلومات الائتمانية والحصول على معلومات من مصادر أخرى للمساعدة في تحديد الأهلية للحصول على المساعدة المالية أو خطط الدفع.

أؤكد أن المعلومات الواردة أعلاه صحيحة وحقيقية على حد علمي. أفهم أنه إذا تم اكتشاف أن المعلومات المالية التي قدمتها خاطئة، فقد تكون النتيجة رفض المساعدة المالية، وقد أكون مسؤولاً عن الخدمات المقدمة والتي يجب أن أدفعها.

التاريخ _____

توقيع الشخص المتقدم بالطلب _____