

دستورالعمل‌های فرم درخواست مراقبت‌های خیریه‌ای/کمک‌های مالی

این درخواستی برای کمک مالی (که به‌عنوان مراقبت خیریه‌ای نیز شناخته می‌شود) در Providence است.

قانون فدرال و ایالتی همه بیمارستان‌ها را ملزم می‌کند که به افراد و خانواده‌هایی که شرایط درآمد خاصی دارند، کمک مالی ارائه دهند. شما ممکن است واجد شرایط مراقبت رایگان یا مراقبت با تخفیف بر اساس تعداد افراد خانواده و درآمد خود باشید، حتی اگر بیمه درمانی داشته باشید. برای مشاهده خط مشی کمک مالی و دستورالعمل‌های مقیاس محاسبه ما، لطفاً به وبسایت ایالت محل اقامت خود در <https://www.providence.org/obp> مراجعه کنید.

کمک مالی چه مواردی را پوشش می‌دهد؟ کمک مالی پزشکی، مراقبت‌های پزشکی ضروری را پوشش می‌دهد که توسط یکی از بیمارستان‌ها یا کلینیک‌های ما در مجموعه سازمان‌های ما، بسته به شرایط شما، ارائه می‌شود. کمک‌های مالی ممکن است تمام هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی، از جمله خدمات ارائه‌شده توسط سایر سازمان‌ها را پوشش ندهد.

اگر سؤالی دارید یا برای تکمیل این برنامه به کمک نیاز دارید: خط مشی‌های کمک مالی ما، اطلاعات مربوط به برنامه‌ها، و مفاد درخواست، در وبسایت ما یا از طریق تلفن در دسترس است. ممکن است به هر دلیلی، از جمله ناتوانی و کمک زبانی، کمک دریافت کنید. اسناد کتبی ترجمه‌شده در صورت درخواست در دسترس قرار می‌گیرد. در اینجا نحوه تماس با ما آمده است:

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

نمایندگان خدمات مشتری به شماره: 855-229-6466 یا 503-215-7575
دوشنبه تا جمعه از 8:00 ق.ظ تا 5:00 ب.ظ

برای اینکه درخواستان بررسی شود، باید:

- اطلاعاتی در مورد خانواده‌تان در اختیار ما قرار دهید**
تعداد اعضای خانواده حاضر در خانوار خود را وارد کنید (خانواده شامل افراد به واسطه تولد، ازدواج یا فرزندخواندگی است که با هم زندگی می‌کنند)
- اطلاعاتی درباره درآمد ناخالص ماهانه خانواده‌تان (درآمد قبل از مالیات و کسورات) که شامل فیش حقوقی، فرم‌های W-2، اظهارنامه مالیاتی، نامه‌های پاداش‌های تأمین اجتماعی و اظهارنامه‌های درآمد حاصل از دارایی‌ها است به ما ارائه دهید و اسناد دارایی را اعلام کنید و در اختیار ما قرار دهید.¹ (برای مثال‌های بیشتر، به «بخش درآمد» در درخواست کمک مالی مراجعه کنید)**
- در صورت نیاز، اطلاعات تکمیلی را پیوست کنید**
- فرم کمک مالی را امضا کنید و تاریخ بزنید**

توجه: برای درخواست کمک مالی نیازی به ارائه شماره تأمین اجتماعی ندارید. اگر شماره تأمین اجتماعی خود را در اختیار ما قرار دهید، ممکن است از آن برای شناسایی شما یا برای راستی‌آزمایی اطلاعات ارائه‌شده به ما استفاده شود. اگر شماره تأمین اجتماعی ندارید، لطفاً «غیر مرتبط» یا «NA» را علامت بزنید.

درخواست تکمیل‌شده را با تمام مدارک به آدرس زیر ارسال کنید: Providence Regional Business Office, P.O. Box 3299 Portland, 3395 UNITED STATES OF AMERICA-97208. حتماً یک نسخه برای خود نگه دارید.

برای ارسال درخواست تکمیل‌شده خود به‌صورت حضوری: به نزدیکترین «دفتر مشاور مالی بیمارستان» خود مراجعه کنید. بین 14 تا 30 روز پس از دریافت درخواست کمک مالی کامل، از جمله اسناد درآمد، شما را از تصمیم نهایی واجد شرایط بودن و حقوق تجدیدنظر، در صورت وجود، مطلع خواهیم کرد.

با ارسال درخواست کمک مالی، به ما رضایت می‌دهید که برای تأیید تعهدات و اطلاعات مالی، استعلامات لازم را انجام دهیم.

ما می‌خواهیم کمک کنیم. لطفاً درخواست خود را هر چه زودتر ارسال کنید. می‌توانید تا زمانی که درخواست تکمیل‌شده و مدارک مورد نیاز شما را دریافت کنیم، به دریافت صورتحساب‌ها ادامه دهید، مگر اینکه توسط قوانین مراقبت‌های خیریه‌ای ایالت شما منع شده باشد.

¹ به جز مواردی که ممکن است توسط قانون ایالتی منع شده باشد، Providence اطلاعات مربوط به دارایی‌ها را که توسط «مراکز خدمات Medicare و Medicaid (به اختصار CMS) برای گزارش هزینه Medicare الزامی دانسته شده است، جمع‌آوری و بررسی می‌کند.

فرم درخواست مراقبت خیریه‌ای/کمک مالی - محرمانه
 لطفاً تمام اطلاعات را به‌طور کامل پر کنید. اگر صدق نمی‌کند، بنویسید غیر مرتبط (NA) در صورت نیاز صفحات تکمیلی را پیوست کنید.

اطلاعات غربالگری

آیا به مترجم شفاهی نیاز دارید؟ بله خیر اگر بله، لطفاً زبان موردنظر را قید کنید:

آیا بیمار برای Medicaid درخواست داده است؟ بله خیر آیا بیمار نابینا است؟ بله خیر آیا بیمار معلول است؟ بله خیر

آیا بیمار خدمات عمومی دولتی مانند TANF، غذای اصلی (Basic Food) یا WIC دریافت می‌کند؟ بله خیر

آیا بیمار در حال حاضر بی‌خانمان است؟ بله خیر

آیا نیاز به مراقبت پزشکی بیمار مربوط به حادثه رانندگی یا آسیب ناشی از کار است؟ بله خیر

لطفاً توجه داشته باشید

- نمی‌توانیم تضمین کنیم که شما واجد شرایط کمک مالی هستید، حتی اگر درخواست دهید.
- هنگامی که درخواست خود را ارسال کردید، ممکن است همه اطلاعات را بررسی کنیم و ممکن است اطلاعات اضافی یا اثبات درآمد را درخواست کنیم.
- ظرف 14 تا 30 روز پس از دریافت درخواست تکمیل‌شده و مدارک شما، تصمیم خود را به شما اطلاع خواهیم داد.

اطلاعات بیمار و متقاضی

نام کوچک بیمار	نام میانی بیمار	نام خانوادگی بیمار
<input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/> سایر (لطفاً مشخص کنید _____)	تاریخ تولد	شماره تأمین اجتماعی بیمار (اختیاری)
فرد مسئول پرداخت صورتحساب	نسبت با بیمار	تاریخ تولد
شماره تأمین اجتماعی (اختیاری)		
آدرس پستی	شماره(های) تماس اصلی () _____ () _____ آدرس ایمیل: _____	
شهر	ایالت	کد پستی
وضعیت استخدامی فرد مسئول پرداخت صورتحساب <input type="checkbox"/> استخدام‌شده (تاریخ استخدام): _____ <input type="checkbox"/> بیکار (مدت بیکاری): _____ <input type="checkbox"/> شغل آزاد <input type="checkbox"/> دانشجو/دانش‌آموز <input type="checkbox"/> معلول <input type="checkbox"/> بازنشسته <input type="checkbox"/> سایر _____		

اطلاعات خانواده

اعضای خانواده‌تان از جمله خودتان را فهرست کنید. «خانواده» شامل افرادی است که به‌واسطه تولد، ازدواج یا فرزندخواندگی با هم زندگی می‌کنند.
 تعداد افراد خانواده _____

نام	تاریخ تولد	نسبت با بیمار	اگر 18 سال یا بیشتر دارید: نام کارفرما(پان) یا منبع درآمد	اگر 18 سال یا بیشتر دارید: مجموع درآمد ناخالص ماهانه (قبل از کسر مالیات):	برای کمک مالی نیز درخواست می‌کنید؟
					بله / خیر
					بله / خیر
					بله / خیر
					بله / خیر

درآمد تمام اعضای بزرگسال خانواده باید اعلام شود. به‌عنوان مثال، منابع درآمد عبارتند از: دستمزد - بیکاری - شغل آزاد - غرامت کارگران - ناتوانی - SSI - حمایت از کودک / همسر - برنامه‌های تحصیلی کار (دانشجویان) - درآمد حاصل از دارایی‌هایی مانند سهام، اوراق قرضه، IRA، صندوق‌های سرمایه‌گذاری مشترک، درآمد اجاره و غیره.

اطلاعات درآمد

به یاد داشته باشید: باید مدرکی مبنی بر درآمد را همراه با درخواست خود ارائه دهید.

باید اطلاعاتی در مورد درآمد خانواده خود ارائه دهید. راستی‌آزمایی درآمد برای تعیین کمک مالی لازم است. همه اعضای خانواده 18 ساله یا بیشتر باید درآمد خود را اعلام کنند. اگر نمی‌توانید اسنادی را ارائه دهید، می‌توانید یک اظهارنامه امضا شده کتبی که درآمدتان را توضیح می‌دهد ارسال کنید. لطفاً برای هر منبع درآمد شناسایی شده مدرک ارائه کنید.

نمونه‌هایی از مدرک درآمد عبارتند از:

- اظهارنامه کسر «W-2»؛ یا
 - فیش حقوقی فعلی (3 ماه)؛ یا
 - اظهارنامه مالیات بر درآمد سال گذشته، از جمله برنامه زمانی در صورت وجود؛ یا
 - اظهارنامه کتبی و امضا شده از کارفرمایان یا دیگران؛ یا
 - اظهارنامه درآمد حاصل از دارایی‌ها (سهام، اوراق قرضه، IRA، صندوق‌های سرمایه‌گذاری مشترک و غیره)؛ یا
 - تأیید/رد صلاحیت برای غرامت بیکاری.
- اگر مدرکی دال بر درآمد ندارید یا هیچ درآمدی ندارید، لطفاً یک صفحه اضافی همراه با توضیح پیوست کنید.

اطلاعات هزینه

ما از این اطلاعات برای دریافت تصویر کامل‌تری از وضعیت مالی شما استفاده می‌کنیم.

هزینه‌های ضروری زندگی ماهانه:

_____ \$	هزینه‌های پزشکی	_____ \$	رهن/اجاره
_____ \$	خدمات همگانی	_____ \$	حق بیمه درمان
_____ (نگهداری از کودک، وام‌ها، داروها، غیره)		_____ \$	سایر بدهی‌ها/هزینه‌ها

اطلاعات دارایی

این اطلاعات فقط مطابق با خط مشی ما و مقررات ایالتی که در آن مراقبت دریافت کرده‌اید مورد استفاده قرار می‌گیرد و آنگونه که توسط «مراکز خدمات Medicare و Medicaid (به اختصار CMS) برای گزارش هزینه Medicare الزامی دانسته شده است، جمع‌آوری و در نظر گرفته می‌شود.

<p>آیا خانواده شما این دارایی‌های دیگر را دارند؟ لطفاً همه مواردی را که صدق می‌کند تیک بزنید</p> <p><input type="checkbox"/> سهام <input type="checkbox"/> اوراق قرضه <input type="checkbox"/> 401K <input type="checkbox"/> حساب(های) پس‌انداز سلامت <input type="checkbox"/></p> <p>تراست(ها) <input type="checkbox"/> دارایی (به استثنای محل سکونت اصلی) <input type="checkbox"/> صاحب یک کسب‌وکار</p>	<p>موجودی فعلی حساب جاری _____ \$</p> <p>موجودی فعلی حساب پس‌انداز _____ \$</p>
---	---

اطلاعات تکمیلی

لطفاً اگر اطلاعات دیگری در مورد وضعیت مالی فعلی شما وجود دارد که می‌خواهید بدانیم، مانند مشکلات مالی، هزینه‌های پزشکی بیش از حد، درآمد فصلی یا موقت یا ضرر شخصی، صفحه دیگری را پیوست کنید.

توافقتنامه بیمار

من درک می‌کنم که Providence ممکن است اطلاعات را با بررسی اطلاعات اعتباری و به دست آوردن اطلاعات از منابع دیگر مورد راستی‌آزمایی قرار دهد تا به تعیین واجد شرایط بودن فرد جهت دریافت کمک مالی یا طرح‌های پرداخت کمک کند.

تأیید می‌کنم که اطلاعات فوق تا آنجایی که می‌دانم درست و صحیح است. می‌دانم که اگر اطلاعات مالی که ارائه می‌دهم نادرست باشد، نتیجه آن ممکن است رد کمک مالی باشد، و ممکن است مسئولیت پرداخت هزینه خدمات ارائه‌شده، بر عهده من باشد و انتظار برود آن را بپردازم.

تاریخ _____

امضای متقاضی _____