

Instrukcje do formularza wniosku o opiekę charytatywną / pomoc finansową

Poniżej znajduje się wniosek o pomoc finansową (zwaną także jako opieka charytatywna) od Providence.

Prawo stanowe i federalne wymaga od wszystkich szpitali zapewniania pomocy finansowej osobom i rodzinom spełniającym określone wymagania dotyczące dochodu. Mogą się Państwo kwalifikować do opieki darmowej lub ze zniżką w zależności od wielkości rodziny oraz dochodu, nawet jeżeli mają Państwo ubezpieczenie zdrowotne. Aby zapoznać się naszymi zasadami dotyczącymi pomocy finansowej oraz wytycznymi dotyczącymi skali ruchomej, należy przejść z naszej głównej strony <https://www.providence.org/obp> na stronę dla stanu będącego miejscem zamieszkania.

Co obejmuje pomoc finansowa? Medyczna pomoc finansowa obejmuje niezbędną medycznie opiekę świadczoną przez jeden z naszych szpitali lub klinik w ramach naszej rodziny organizacji w zależności od kwalifikowania się do takiej opieki. Pomoc finansowa może nie pokrywać wszystkich kosztów opieki zdrowotnej, w tym usług świadczonych przez inne organizacje.

Jeżeli mają Państwo pytania związane z tym wnioskiem lub potrzebują Państwo pomocy w jego

wypełnieniu: Nasze zasady dotyczące pomocy finansowej, informacje o programach oraz materiały związane z wnioskiem dostępne są na naszej stronie internetowej lub telefonicznie. Mogą Państwo uzyskać pomoc z różnych powodów, w tym niepełnosprawności lub trudności językowych. Na życzenie dostępne są przetłumaczone dokumenty w formie pisemnej. Można się z nami skontaktować na jeden z poniższych sposobów: <https://www.providence.org/obp>

Pracownicy działu obsługi klienta pod numerem: 503-215-7575 lub 855-229-6466

Od poniedziałku do piątku, w godzinach od 8:00 do 17:00 (8:00 AM do 5:00 PM)

Aby Państwa wniosek mógł zostać przetworzony, muszą Państwo:

Udzielić nam informacji o swojej rodzinie

Wypełnić liczbę członków rodziny w swoim gospodarstwie domowym (rodzina obejmuje wspólnie zamieszkujące osoby spokrewnione przez urodzenie, małżeństwo lub adopcję).

Udzielić nam informacji o miesięcznym dochodzie brutto (to znaczy przed opodatkowaniem i potrąceniami) swojej rodziny wraz z paskami wypłaty, formularzami W-2, deklaracjami podatkowymi, pismami o przyznaniu pomocy społecznej oraz oświadczeniami o dochodach czerpanych z majątku oraz złożyć deklarację majątkową i odpowiednią do niej dokumentację.¹
(więcej przykładów można znaleźć w części Dochód wniosku o pomoc finansową)

Załączyć dodatkowe informacje, o ile są potrzebne

Złożyć podpis i datę na formularzu o pomoc finansową

Wskazówka: Nie trzeba podawać numeru ubezpieczenia społecznego (Social Security), aby wnioskować o pomoc finansową. Jeżeli podadzą nam Państwo swój numer ubezpieczenia społecznego, może on zostać użyty do identyfikacji Państwa lub weryfikacji przekazanych nam informacji. Jeżeli nie mają Państwo numeru ubezpieczenia społecznego, prosimy zaznaczyć „nie dotyczy” lub „nd.”

Przesłać uzupełnioną z pełną dokumentacją na adres: Providence Regional Business Office, P.O. Box 3299 Portland, OR 97208-3395 United States of America. Proszę pamiętać o zachowaniu egzemplarza dla siebie.

¹ O ile nie jest to zabronione przez prawo stanowe, organizacja Providence będzie zbierać i rozpatrywać informacje związane z majątkiem zgodnie z wymaganiami dotyczącymi raportowania kosztów Medicare dla ośrodków świadczących usługi Medicare i Medicaid (CMS) .

Aby złożyć uzupełniony wniosek osobiście: Należy zabrać go do najbliższego biura doradztwa finansowego szpitala. Poinformujemy Państwa o podjęciu ostatecznej decyzji dotyczącej zakwalifikowania i prawa do odwołania, o ile przysługuje, w okresie od 14 do 30 dni od otrzymania kompletnego wniosku o pomoc finansową wraz z dokumentacją przychodu.

Składając wniosek o pomoc finansową, zgadzają się Państwo na przeprowadzenie przez nas niezbędnych ankiet w celu potwierdzenia zobowiązań finansowych i informacji.

Chcemy Państwu pomóc. Prosimy o niezwłoczne złożenie wniosku. Mogą Państwo otrzymywać kolejne zestawienia rozliczeń, dopóki nie otrzymamy uzupełnionego wniosku i wymaganych dokumentów, o ile nie jest to zakazane przez prawo stanowe dotyczące opieki charytatywnej.

Formularz wniosku o opiekę charytatywną / pomoc finansową — poufne

Prosimy o kompletne podanie wszystkich informacji. Jeżeli dane pole Państwa nie dotyczy, prosimy napisać „Nd.”. Jeżeli to konieczne, mogą Państwo załączyć dodatkowe strony.

INFORMACJE PODSTAWOWE

Czy potrzebują Państwo tłumacza ustnego? Tak Nie W przypadku odpowiedzi taki, prosimy podać preferowane języki:

Czy pacjent składał wniosek o Medicaid? Tak Nie Czy pacjent jest osobą niewidomą? Tak Nie

Czy pacjent jest osobą niepełnosprawną? Tak Nie

Czy pacjent otrzymuje stanowe świadczenia publiczne, takie jak TANF, Basic Food lub WIC? Tak Nie

Czy pacjent jest obecnie osobą bezdomną? Tak Nie

Czy potrzeby pacjenta w zakresie opieki medycznej związane są z wypadkiem samochodowym czy obrażeniami doznanymi w miejscu pracy? Tak Nie

PROSIMY PAMIĘTAĆ

- Nie możemy zagwarantować, że przyznamy Państwu pomoc finansową, nawet jeżeli złożą Państwo wniosek.
- Po przesłaniu wniosku możemy sprawdzić wszystkie informacje oraz poprosić Państwa o dodatkowe informacje lub zaświadczenie o dochodach.
- W ciągu 14 - 30 dni od otrzymania Państwa uzupełnionego wniosku wraz z dokumentacją, poinformujemy Państwa o naszej decyzji.

INFORMACJE O PACJENCIE I OSOBIE SKŁADAJĄCEJ WNIOSEK

Imię pacjenta		Drugie imię pacjenta		Nazwisko pacjenta	
<input type="checkbox"/> Mężczyzna <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Inna płeć (można określić _____)		Data urodzenia		Numer ubezpieczenia społecznego (Social Security) pacjenta (opcjonalne)	
Osoba odpowiedzialna za opłacenie rachunku		Pokrewieństwo z pacjentem	Data urodzenia	Numer ubezpieczenia społecznego (opcjonalne)	
Adres do korespondencji				Główny numer/numery kontaktowe	
_____				() _____	
_____				() _____	
				Adres e-mail:	
_____				_____	
Miasto		Stan		Kod pocztowy	

Status zatrudnienia osoby odpowiedzialnej za opłacenie rachunku:

Osoba pracująca (data zatrudnienia): _____ **Osoba bezrobotna** (proszę podać od jak dawna:) _____

Osoba samozatrudniona **Student/studentka** **Osoba niepełnosprawna**

Osoba na emeryturze **Inne** _____

INFORMACJE O RODZINIE

Prosimy wymienić członków rodziny w swoim gospodarstwie domowym, łącznie ze sobą. Przez „rodzinę” rozumiemy wspólnie zamieszkujące osoby związane ze sobą urodzeniem, małżeństwem lub adopcją.

WIELKOŚĆ RODZINY _____

W razie potrzeby dołączyć dodatkową stronę

Imię i nazwisko	Data urodzenia	Pokrewieństwo z pacjentem	Jeżeli osoba ukończyła 18 lat: Nazwa pracodawcy(-ów) lub źródło dochodu	Jeżeli osoba ukończyła 18 lat: Całkowity miesięczny dochód brutto (przed opodatkowaniem):	Czy również wnioskuje o pomoc finansową?
					Tak / Nie
					Tak / Nie
					Tak / Nie
					Tak / Nie

Należy uwzględnić wszystkich pełnoletnich członków rodziny. Źródła dochodu mogą m.in. obejmować:

Wynagrodzenie – Zasilek dla bezrobotnych – Samozatrudnienie – Odszkodowanie pracownicze – Świadczenie dla osoby niepełnosprawnej – SSI – Alimenty na dziecko/małżonka – Programy stażowe (studenci) – Dochód z majątku, na przykład akcji, obligacji, indywidualnych polis emerytalnych, funduszy powierniczych, dochodu z wynajmu itp.

Formularz wniosku o opiekę charytatywną / pomoc finansową — poufne**INFORMACJE O DOCHODZIE:**

PAMIĘTAJ: Do wniosku muszą Państwo dołączyć zaświadczenie o dochodzie.

Muszą Państwo podać informacje o dochodzie swojej rodziny. Do ustalenia pomocy finansowej wymagana jest weryfikacja dochodów. Wszyscy członkowie rodziny, którzy ukończyli 18 lat, muszą ujawnić swoje dochody. Jeżeli nie są w stanie Państwo zapewnić dokumentacji, mogą Państwo złożyć pisemne podpisane oświadczenie określające Państwa dochód. Prosimy o dołączenie zaświadczenia o dochodzie dla każdego określonego źródła dochodu.

Przykładami zaświadczeń o dochodzie są:

- Deklaracje o potrąconym podatku „W-2”; lub
- Aktualne odcinki wypłat (z 3 miesięcy); lub
- Deklaracja podatkowa z dochodem za ostatni rok, wraz z załącznikami; lub
- Pisemne, podpisane oświadczenia od pracodawców lub innych osób; lub
- Oświadczenia o dochodzie z majątku (akcje, obligacje, indywidualne polisy emerytalne, fundusze powiernicze); lub
- Zatwierdzenie/odmowa uprawnienia do zasiłku dla bezrobotnych.

Jeżeli nie mają Państwo zaświadczenia o dochodzie lub dochodu, prosimy o dołączenie dodatkowej strony z wyjaśnieniem.

INFORMACJE O WYDATKACH

Używamy tych informacji do lepszego rozeznania się w Państwa sytuacji finansowej.

Miesięczne podstawowe koszty życia:

Czynsz / kredyt hipoteczny \$ _____

Wydatki medyczne \$ _____

Składki na ubezpieczenie medyczne \$ _____

Opłaty za media \$ _____

Inne zadłużenia/wydatki \$ _____ (alimenty, pożyczki, leki itp.)

INFORMACJE O MAJĄTKU

Podane informacje mogą być wykorzystane wyłącznie zgodnie z naszymi zasadami i przepisami stanu, w którym świadczono Państwu opiekę i jest zbierana i rozpatrywana zgodnie z wymaganiami dotyczącymi raportowania kosztów Medicare dla ośrodków świadczących usługi Medicare i Medicaid (CMS).

Bieżące saldo rachunku rozliczeniowego

\$ _____

Bieżące saldo rachunku

oszczędnościowego

\$ _____

Czy Państwa rodzina posiada poniższe typy majątku? **Prosimy o zaznaczenie wszystkich, które dotyczą**

- Akcje Obligacje 401K Zdrowotne konto oszczędnościowe (HSA)
- Fundusze
- Nieruchomość (z wyłączeniem głównego miejsca zamieszkania)
- Posiadana firma

INFORMACJE DODATKOWE

Prosimy o dołączenie dodatkowej strony, jeżeli dysponują Państwo innymi informacjami o swojej bieżącej sytuacji finansowej, które chcą nam Państwo przekazać, takimi jak trudności finansowe, nadmierne wydatki medyczne, dochód sezonowy lub tymczasowy bądź osobista strata.

ZGODA PACJENTA

Rozumiem, że Providence może zweryfikować informacje, analizując informacje kredytowe i uzyskując informacje z innych źródeł w celu pomocy w ocenie kwalifikowalności do pomocy finansowej lub planów spłaty.

Potwierdzam, że powyższe informacje są prawdziwe i prawidłowe zgodne z moją najlepszą wiedzą. Rozumiem, że jeżeli podane przez mnie informacje finansowe okażą się nieprawdziwe, może to skutkować odmową pomocy finansowej oraz obarczeniem mnie odpowiedzialnością za płatność za świadczone usługi oraz oczekiwaniem ich opłacenia.

Podpis osoby składającej wniosek

Data