

دستورالعمل‌های فرم درخواست کمک‌هزینه مالی/خدمات درمانی خیریه

این فرم درخواست تقاضای کمک‌هزینه مالی (که خدمات درمانی خیریه نیز نامیده می‌شود) از اداره Providence است.

به موجب قانون فدرال و ایالتی، کلیه بیمارستان‌ها ملزم به ارائه کمک‌هزینه مالی به افراد و خانواده‌هایی هستند که درآمد آنها با شرایط خاصی مطابقت داشته باشد. ممکن است با توجه به تعداد نفرات خانواده و درآمدها و حتی اگر تحت بیمه سلامت باشید، از شرایط دریافت خدمات درمانی رایگان یا تخفیف‌دار برخوردار باشید. برای مشاهده خط مشی ما در کمک‌هزینه مالی و ضوابط مقیاس کاهش نرخ‌ها، لطفاً در <https://www.providence.org/obp> به وبسایت ایالت محل سکونت خود مراجعه کنید.

کمک‌هزینه مالی چه چیزهایی را پوشش می‌دهد؟ کمک‌هزینه مالی پزشکی پوشش‌دهنده خدمات درمانی بیمارستانی با ضرورت پزشکی است که در یکی از بیمارستان‌های ما ارائه شود و بستگی به وضعیت صلاحیت شما دارد. کمک‌هزینه مالی ممکن است تمام هزینه‌های خدمات بهداشتی درمانی را پوشش ندهد، از جمله خدماتی که سازمان‌های متفرقه ارائه می‌دهند.

در صورت داشتن سؤال یا نیاز به کمک در پر کردن این فرم درخواست: می‌توان از طریق مراجعه به وبسایت یا با تماس تلفنی، به خط مشی‌های ما در مورد کمک‌هزینه مالی، اطلاعات مربوط به برنامه‌ها و فرم‌های درخواست دسترسی یافت. می‌توانید به هر علتی، از جمله ناتوانی جسمی یا نیاز به کمک زبانی، از کمک و راهنمایی برخوردار شوید. ارائه ترجمه مدارک کتبی به درخواست شخص امکان‌پذیر است.

اطلاعات برقراری ارتباط با ما: <https://www.providence.org/obp>

نمایندگان خدمات مشتریان به شماره: 1-855-229-6466

دوشنبه تا جمعه، از 8:00 صبح الی 5:00 عصر

برای اینکه به درخواست شما رسیدگی شود، انجام موارد زیر توسط شما الزامی است:

- ارائه اطلاعات خانواده خود به ما
- تعداد نفرات خانوارتان را درج کنید (خانواده شامل افرادی است که به صورت سببی، نسبی یا فرزندخواندگی با هم مرتبط هستند و در کنار هم زندگی می‌کنند)
- ارائه اطلاعات درآمد ناخالص ماهانه خانواده خود به ما (درآمد قبل از اعمال مالیات‌ها و کسورات) که شامل فیش‌های حقوقی، فرم‌های W-2، بازپرداخت مالیات، نامه‌های اعطای مزایای تأمین اجتماعی و غیره می‌شود.
- (برای مشاهده مثال‌های بیشتر، بخش «درآمد» در فرم درخواست کمک‌هزینه مالی را ملاحظه فرمایید)
- ارائه مدارک مربوط به درآمد خانواده و اعلام دارایی‌ها
- الصاق اطلاعات تکمیلی در صورت نیاز
- امضا کردن و تاریخ زدن فرم کمک‌هزینه مالی

توجه: ارائه شماره تأمین اجتماعی برای ثبت درخواست کمک‌هزینه مالی الزامی نیست. اگر شماره تأمین اجتماعی‌تان را به ما ارائه دهید، به تسریع در روند رسیدگی به درخواست کمک خواهد کرد. از شماره‌های تأمین اجتماعی برای تأیید اطلاعات ارائه‌شده به ما استفاده می‌شود. اگر شماره تأمین اجتماعی ندارید، لطفاً «not applicable» (نامربوط) یا «NA» را علامت بزنید.

فرم تکمیل‌شده را همراه با کلیه مدارک به آدرس زیر پست یا کنید: Providence Regional Business Office, P.O. Box 3299 Portland, OR 97208-3395. حتماً یک کپی از آنها را نزد خود نگه دارید.

برای تسلیم فرم تکمیل‌شده درخواست به صورت حضوری: آن را به دفتر حسابداری نزدیکترین بیمارستان محل ببرید

ما ظرف 30 روز از تاریخ دریافت فرم تکمیل‌شده درخواست کمک‌هزینه مالی، به همراه اسناد و مدارک مربوط به درآمد، شما را از وضعیت نهایی صلاحیت شما و حق تجدید نظر (در صورت وجود) مطلع خواهیم کرد.

با ارائه فرم درخواست کمک‌هزینه مالی، رضایت خود را از انجام تحقیق و بررسی توسط ما برای تأیید صحت اطلاعات و تعهدات مالی اعلام می‌دارید.

ما مشتاق کمک‌رسانی هستیم. لطفاً درخواستتان را سریعاً ارائه کنید!
ممکن است تا زمانی که اطلاعات شما به دست ما برسد، صورتحساب‌هایی دریافت کنید.

فرم درخواست کمک‌هزینه مالی/خدمات درمانی خیریه - محرمانه

لطفاً کلیه اطلاعات را کامل پر کنید. اگر بخشی مربوط به شما نمی‌شود، عبارت «NA» (نامربوط) را بنویسید. اگر نیاز به صفحات بیشتر بود، آنها را ضمیمه کنید.

اطلاعات غربالگری

نیاز به مترجم شفاهی دارید؟ بله خیر اگر پاسخ بله است، زبان مورد نظرتان را ذکر کنید:

آیا بیمار برای Medicaid درخواست داده است؟ بله خیر

آیا بیمار از خدمات عمومی ایالتی همچون TANF، Basic Food، یا WIC استفاده می‌کند؟ بله خیر

آیا بیمار در حال حاضر بی‌خانمان است؟ بله خیر

آیا نیاز بیمار به مراقبت‌های پزشکی در پی تصادف با خودرو یا آسیب کاری ایجاد شده است؟ بله خیر

لطفاً توجه کنید

- ما نمی‌توانیم تضمین کنیم که برای دریافت کمک‌هزینه مالی واجد شرایط شناخته خواهید شد، حتی اگر درخواست آن را بدهید.
- بعد از اینکه درخواستتان را بفرستید، تمامی اطلاعات را بررسی می‌کنیم و ممکن است درخواست کنیم اطلاعات بیشتر یا مدرکی از درآمدها را ارائه نمایید.
- ظرف 30 روز از تاریخی که فرم تکمیل شده و اسناد و مدارک همراه آن به دست ما می‌رسد، به شما اطلاع خواهیم داد که واجد شرایط کمک‌هزینه هستید یا نه.

اطلاعات بیمار و متقاضی

نام بیمار	نام میانی بیمار	نام خانوادگی بیمار
<input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/> سایر (می‌توانید مشخص کنید) (_____)	تاریخ تولد	شماره تأمین اجتماعی بیمار (اختیاری*) <small>*اختیاری است، اما برای ارائه کمک‌هزینه‌های بیش از الزامات قانون ایالتی نیاز است</small>
شخص مسئول پرداخت صورتحساب	نسبت با بیمار	تاریخ تولد
نشانی پستی	شماره(های) تماس اصلی () _____ () _____ آدرس ایمیل: _____	
شهر	ایالت	زیپ کد
وضعیت اشتغال شخص مسئول پرداخت صورتحساب <input type="checkbox"/> شاغل (تاریخ استخدام: _____) <input type="checkbox"/> بیکار (مدت عدم اشتغال: _____) <input type="checkbox"/> شغل آزاد <input type="checkbox"/> دانشجو <input type="checkbox"/> از کار افتاده <input type="checkbox"/> بازنشسته <input type="checkbox"/> سایر (_____)		

اطلاعات خانواده

فهرست اعضای خانواده در خانوار را وارد کنید، از جمله خودتان. «خانواده» شامل افرادی است که به صورت سببی، نسبی یا فرزندخواندگی با هم مرتبط هستند و در کنار هم زندگی می‌کنند.

اگر نیاز به صفحات بیشتر بود، آنها را ضمیمه کنید

تعداد نفرات خانواده

نام	تاریخ تولد	نسبت با بیمار	اگر 18 سال به بالاست: نام کارفرما(ها) یا منبع درآمد	اگر 18 سال به بالاست: کل درآمد ناخالص ماهانه (قبل از اعمال مالیات‌ها):	برای کمک‌هزینه مالی نیز درخواست می‌دهید؟
					بله / خیر
					بله / خیر
					بله / خیر
					بله / خیر

اعلام درآمد تمامی اعضای بزرگسال خانواده الزامی است. منابع درآمد برای مثال عبارتند از:
 - دستمزدها - بیمه بیکاری - شغل آزاد - غرامت کارگران - بیمه از کارافتادگی - بیمه تأمین اجتماعی - نفقه فرزند/همسر
 - برنامه‌های کار و تحصیل (دانشجویان) - بازنشستگی - برداشت‌ها از حساب بازنشستگی - سایر (لطفاً توضیح دهید _____)

فرم درخواست کمک هزینه مالی/خدمات درمانی خیریه - محرمانه

اطلاعات درآمد

به خاطر داشته باشید: ضمیمه کردن مدرک درآمد به درخواست الزامی است.

شما ملزم هستید اطلاعات درآمد خانواده‌تان را ارائه دهید. تأیید درآمد برای تعیین کمک هزینه مالی ضروری است.
کلیه اعضای 18 سال به بالا در خانواده ملزم هستند درآمدشان را اعلام کنند. اگر قادر به ارائه اسناد و مدارک نیستید، می‌توانید اظهارنامه کتبی امضاداری را که بیانگر درآمدتان است ارائه کنید. لطفاً برای تک تک منابع درآمد مشخص شده مدرک ارائه کنید.
نمونه‌هایی از مدرک درآمد عبارتند از:

- گواهی کسر مالیات «W-2»؛ یا
 - فیش حقوقی جاری (3 ماه)؛ یا
 - فیش بازپرداخت مالیات سال قبل، از جمله برنامه بازپرداخت مالیات در صورت وجود؛ یا
 - اظهارنامه کتبی امضادار از کارفرمایان یا سایرین؛ یا
 - گواهی تأیید/رد صلاحیت Medicaid و/یا کمک هزینه پزشکی با بودجه دولتی؛ یا
 - گواهی تأیید/رد صلاحیت برای بیمه بیکاری.
- اگر مدرکی از درآمد یا عدم داشتن درآمد دارید، لطفاً صفحه دیگری را همراه با توضیحات لازم ضمیمه کنید.

اطلاعات مخارج

از این اطلاعات برای درک کامل‌تر وضعیت مالی شما استفاده می‌کنیم.

مخارج ماهانه خانوار: _____
 اجاره/رهن _____
 حق بیمه‌ها _____
 سایر بدهی‌ها/هزینه‌ها _____
 هزینه‌های پزشکی _____
 قبوض خدمات شهری _____
 دلار _____
 دلار _____
 دلار (نفقه فرزند، وام‌ها، داروها، و غیره) _____

اطلاعات دارایی‌ها

اگر درآمد شما بالای 101% از «خط فقر فدرال» (Federal Poverty Guidelines) باشد، ممکن است از این اطلاعات استفاده شود.

موجودی فعلی در حساب جاری _____
 آیا خانواده شما از این دارایی‌های متفرقه دارد؟
لطفاً کلیه موارد صحیح را علامت بزنید
 □ سهام □ اوراق بهادار □ K401 □ حساب(های) پس‌انداز سلامت □ تراست(ها)
 □ املاک (بدون احتساب محل سکونت اصلی) □ صاحب کسب و کار □ _____
 موجودی فعلی در حساب پس‌انداز _____
 دلار _____
 دلار _____

اطلاعات تکمیلی

اگر اطلاعات دیگری در خصوص وضعیت مالی کنونی شما وجود دارد که مایل به انتقال آن به ما هستید، از جمله مضیقه مالی، هزینه‌های پزشکی سنگین، درآمد فصلی یا موقت، یا ضرر و زیان شخصی، لطفاً آن را در صفحه دیگری ضمیمه کنید.

توافقی‌نامه بیمار

اینجانب مطلع هستم که Providence با هدف کمک به تعیین صلاحیت برخورداری از کمک هزینه مالی یا طرح‌های پرداخت وجه، ممکن است با بررسی اطلاعات اعتباری و کسب اطلاعات از سایر منابع، اقدام به تأیید صحت اطلاعات ارائه‌شده نماید.

اینجانب تأیید می‌کنم که اطلاعات فوق تا آنجا که شناخت دارم درست و صحیح است. اینجانب آگاه هستم که اگر نادرست بودن اطلاعات مالی مشخص شود، نتیجه آن می‌تواند رد درخواست کمک هزینه مالی باشد و اینجانب ممکن است در قبال خدمات ارائه‌شده، مسئول بوده و ملزم به پرداخت هزینه آنها شوم.

تاریخ _____

امضای فرد درخواست‌دهنده _____