



## Istruzioni di carità cura/finanziarie assistenza Application Form

Questa è una domanda di assistenza finanziaria (nota anche come assistenza di beneficenza) presso Providence.

**Leggi statali e federali richiede tutti gli ospedali di fornire assistenza finanziaria** per persone e famiglie che soddisfano determinati requisiti di reddito. Si può beneficiare gratuitamente cura o prezzo ridotto la cura basata sul formato della famiglia e reddito, anche se si dispone di assicurazione sanitaria. Per visualizzare la nostra politica di assistenza finanziaria e far scorrere la scala orientamenti, si prega di andare a risiedere stato sito da <https://www.providence.org/obp>.

**Che cosa copre l'assistenza finanziaria?** L'assistenza medica e finanziaria copre cure medicalmente necessarie ospedaliere fornita da uno dei nostri ospedali dipendendo dalla tua idoneità. Assistenza finanziaria non può coprire tutte le spese sanitarie, compresi i servizi forniti da altre organizzazioni.

**Se avete domande o bisogno di aiuto per completare questa applicazione:** i nostri criteri di assistenza finanziaria, informazioni circa i programmi e i materiali di applicazione sono disponibili sul nostro sito o via telefono. È possibile ottenere aiuto per qualsiasi motivo, tra cui disabilità e assistenza in lingua. Tradurre documenti scritti disponibili su richiesta. Ecco come contattarci: <https://www.providence.org/obp>  
Rappresentanti del servizio clienti al: 1-855-229-6466  
Lunedì-venerdì 8:00 a 17:00

### **In ordine per l'applicazione di elaborazione, è necessario:**

- Ci forniscono informazioni sulla tua famiglia** Ci forniscono informazioni sulla tua famiglia  
Inserisci il numero di membri della famiglia nella vostra famiglia (famiglia comprende persone correlate di nascita, matrimonio o adozione che vivono insieme)
- Fornirci informazioni su reddito mensile lordo della tua famiglia (reddito prima delle imposte e trattenute) per includere forme W-2, buste paga, dichiarazioni fiscali, previdenziali awards lettere, ecc**  
(vedere assistenza finanziaria applicazione reddito sezione per ulteriori esempi)
- Fornisce la documentazione per reddito familiare e dichiarare beni**
- Allegare informazioni aggiuntive, se necessario**
- Firmare e datare il modulo di assistenza finanziaria**

**Nota: Non è necessario fornire un numero di previdenza sociale per richiedere assistenza finanziaria.** Se ci fornirete il vostro numero di previdenza sociale essa vi aiuterà a velocizzare l'elaborazione dell'applicazione. Numeri di previdenza sociale vengono utilizzati per verificare le informazioni fornite a noi. Se non avete un numero di previdenza sociale, si prega di indicare "non pertinente" o "na".

**Applicazione di posta elettronica completato con tutta la documentazione a:** Providence Regional Business Office, P.O. Box 3299 Portland, OR 97208-3395. Essere sicuri di tenere una copia per te.

**A presentare la domanda completa in persona:** prendere per il più vicino ufficio del cassiere di ospedale

Vi informeremo della determinazione finale dei diritti di ammissibilità e di ricorso, se del caso, entro 30 giorni dal ricevimento di un'applicazione completa assistenza finanziaria, inclusa la documentazione di reddito.



## **Istruzioni di carità cura/finanziarie assistenza Application Form**

Presentando una domanda di assistenza finanziaria, si dà il consenso per noi le indagini necessarie per confermare le informazioni e gli obblighi finanziari.

**Vogliamo aiutare. Si prega di inviare tempestivamente l'applicazione! Puoi ricevere le bollette fino a quando non riceviamo le informazioni.**

## Modulo di richiesta assistenza cura/Financial carità – riservata

Si prega di compilare completamente tutte le informazioni. Se non si applica, scrivere "na". Se necessario, allegare ulteriori pagine.

INFORMAZIONI DI SCREENING			
Avete bisogno di un interprete? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <i>Se sì, elenco lingua preferita:</i>			
Il paziente ha applicato per Medicaid? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No			
Il paziente riceve servizi pubblici dello stato come TANF, alimento di base o WIC? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No			
Il paziente è attualmente senza fissa dimora? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No			
È bisogno di cure mediche del paziente legate ad una ferita di incidente o di lavoro auto? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No			
NOTARE CHE			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Non possiamo garantire che si qualificano per l'assistenza finanziaria, anche se si applica.</li> <li>Una volta che si invia nell'applicazione, si possono controllare tutte le informazioni e può chiedere ulteriori informazioni o prova di reddito.</li> <li>Entro 30 giorni dopo che riceviamo il domanda compilata e la documentazione, ti informeremo se vi qualificate per l'assistenza.</li> </ul>			
INFORMAZIONI PER IL PAZIENTE E PER IL RICHIEDENTE			
Nome del paziente		Secondo nome del paziente	
Cognome del paziente			
<input type="checkbox"/> Maschio <input type="checkbox"/> Femmina <input type="checkbox"/> Altro (specificare _____)		Data di nascita	
		Numero di previdenza sociale del paziente (facoltativo *)	
		* facoltativo, ma necessario per un'assistenza più generosa rispetto ai requisiti della legge statale	
Persona responsabile del pagamento di Bill		Relazione con il paziente	Data di nascita
			Numero di previdenza sociale (facoltativo *)
			* facoltativo, ma necessario per un'assistenza più generosa rispetto ai requisiti della legge statale
Indirizzo di posta			Numero di contatti principali (i)
_____			( ) _____
_____			( ) _____
la città	la nazione	il codice postale	Indirizzo email:
			_____
Posizione lavorativa della persona responsabile del pagamento fattura			
<input type="checkbox"/> <b>Impiegato</b> (data di assunzione: _____) <input type="checkbox"/> <b>Disoccupato</b> (per quanto tempo disoccupato: _____)			
<input type="checkbox"/> <b>Libero professionista</b> <input type="checkbox"/> <b>Studente</b> <input type="checkbox"/> <b>Disabilitato</b> <input type="checkbox"/> <b>Pensionato</b> <input type="checkbox"/> <b>Altro</b> ( _____ )			

**Modulo di richiesta assistenza cura/Financial carità – riservata**
**INFORMAZIONI SULLA FAMIGLIA**

Membri della famiglia elenco nella vostra famiglia, voi compresi. "Famiglia" include persone correlate di nascita, matrimonio o adozione che vivono insieme.

**DIMENSIONE FAMIGLIA**
*Allegare una pagina aggiuntiva se necessario*

Nome	Data di nascita	Relazione con il paziente	Se 18 anni o più: Nome o fonte di reddito del datore di lavoro	Se 18 anni o più: Reddito mensile lordo totale (al lordo delle imposte):	Anche la richiesta di assistenza finanziaria?
					Si / No
					Si / No
					Si / No
					Si / No

**Reddito di tutti i membri adulti di famiglia dovrà essere comunicato. Fonti di reddito includono, ad esempio:**

- Stipendi - Disoccupazione - Lavoro autonomo - Riscaldamento del lavoratore - Disabilità - SSI - Sostegno a favore del bambino
- Programmi di studio del lavoro (studenti) - Pensione - Distribuzioni del conto di pensionamento
- Altro (si prega di spiegare \_\_\_\_\_)

**INFORMAZIONI SUL REDDITO**

*Ricordate: È necessario includere la prova di reddito con l'applicazione.*

**È necessario fornire informazioni sul reddito della tua famiglia.**

**Per determinare l'assistenza finanziaria è necessaria la verifica del reddito. Tutti i membri della famiglia 18 anni o più vecchi devono divulgare il loro reddito. Se non è possibile fornire documentazione, si può presentare una dichiarazione scritta firmata che descrivono il vostro reddito. Si prega di fornire prova per ogni identificate fonte di reddito. Esempi di prova di reddito:**

- una dichiarazione ritenuta alla fonte "W-2"; o
- Stub di retribuzione corrente (3 mesi); o
- la dichiarazione dei redditi dell'anno scorso, inclusi gli orari, se applicabile; o
- Dichiarazioni scritte e firmate da datori di lavoro o altri; o
- Approvazione / rifiuto dell'idoneità per assistenza medica Medicaid e / o finanziata dallo stato; o
- Approvazione / rifiuto dell'ammissibilità per l'indennità di disoccupazione.

Se non si hanno prove di reddito o reddito, si prega di allegare una pagina aggiuntiva con una spiegazione

**INFORMAZIONI SULLE SPESE**

*Utilizziamo queste informazioni per ottenere un quadro più completo della vostra situazione finanziaria.*

Spese mensili delle famiglie:

Affitto / mutuo \$ \_\_\_\_\_

Spese mediche \$ \_\_\_\_\_

Premi assicurativi \$ \_\_\_\_\_

Utilità \$ \_\_\_\_\_

Altri debiti / spese \$ \_\_\_\_\_ (sostegno ai figli, prestiti, farmaci, altri)



## Modulo di richiesta assistenza cura/Financial carità – riservata

### INFORMAZIONI SUL PATRIMONIO

*Queste informazioni possono essere utilizzate se il vostro reddito è superiore al 101% degli orientamenti povertà federale.*

Saldo attuale del conto corrente

\$ \_\_\_\_\_

Saldo attuale del conto di risparmio

\$ \_\_\_\_\_

La vostra famiglia ha queste altre attività?

**Si prega di controllare tutte le risposte pertinenti**

Azioni  Obbligazioni  401K  Conto / i di risparmio sanitario  Fiducia (s)

Proprietà (esclusa la residenza primaria)  Possedere un'attività

### INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

Si prega di allegare una pagina aggiuntiva se le altre informazioni sulla vostra attuale situazione finanziaria che si vorrebbero farci sapere, come una difficoltà finanziarie, le spese mediche eccessive, stagionale o reddito temporaneo, o perdita personale.

### ACCORDO PAZIENTE

Comprendo che Providence può verificare le informazioni esaminando le informazioni sul credito e ottenendo informazioni da altre fonti per aiutare a determinare l'idoneità per l'assistenza finanziaria o piani di pagamento.

Affermo che le informazioni di cui sopra sono vere e corrette per quanto ne so. Capisco che se le informazioni finanziarie fornite sono ritenute false, il risultato potrebbe essere la negazione dell'assistenza finanziaria e potrei essere responsabile e mi aspetto di pagare per i servizi forniti.

\_\_\_\_\_  
Firma del richiedente

\_\_\_\_\_  
Data