

## Upute za popunjavanje obrasca prijave za dobrotvornu/financijsku pomoć

Ovo je prijava za financijsku pomoć (također poznatu kao dobrotvorna pomoć) u Providence.

**Federalni i državni zakoni zahtijevaju da sve bolnice pružaju financijsku pomoć** pojedincima i obiteljima koji ispunjavaju određene prijave u vezi razine prihoda. Možete se kvalificirati za besplatne usluge ili usluge s popustom, ovisno o veličini vaše obitelji i prihoda, čak i ako imate zdravstveno osiguranje. Da biste se upoznali s našom politikom financijske pomoći i smjernicama klizne ljestvice, posjetite internetsku stranicu države u kojoj živite na adresi <https://www.providence.org/obp>.

**Što pokriva financijska pomoć?** Medicinska financijska pomoć pokriva potrebne medicinske usluge, koje pruža jedna od naših bolnica ili klinika u našoj grupi tvrtki, ovisno o tome imate li na to pravo. Financijska pomoć ne može pokrivati sve medicinske troškove, uključujući usluge koje pružaju druge organizacije.

**Ako imate bilo kakvih pitanja ili vam je potrebna pomoć u popunjavanju ove prijave:** Naša pravila o financijskoj pomoći, informacije o programima i materijali za prijavu dostupni su na našoj internetskoj stranici ili putem telefona. Možete dobiti bilo kakvu pomoć, uključujući pomoć s posebnim potrebama ili jezičnu pomoć. Prevedeni pisani dokumenti dostupni su na zahtjev. Kontaktirajte nas:

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

Predstavnici službe podrške: 503-215-7575 ili 855-229-6466

Pon-Pet, 08:00 - 17:00

Za obradu vaše prijave potrebno je sljedeće:

- Dostavite nam informacije o vašoj obitelji**  
Navedite broj članova obitelji u vašem kućanstvu (obitelj uključuje osobe koje žive zajedno, koje su u krvnom srodstvu, u braku ili su posvojene)
- Dostavite nam podatke o bruto mjesečnom prihodu vaše obitelji (prihod prije plaćanja poreza i drugih odbitaka), uključujući potvrde o uplati, obrasce W-2, porezne prijave, pisma o plaćanju socijalnog osiguranja i izvješća o prihodima ostvarenim od imovine, te prijavite i dostavite dokumentaciju o imovini.**<sup>1</sup> (Za više primjera pogledajte odjeljak „Prihodi“ u prijavi za financijsku pomoć)
- Prema potrebi priložite i dodatne informacije**
- Postavite potpis i datum na obrazac prijave za financijsku pomoć**

**Napomena: Za podnošenje prijave za financijsku pomoć ne morate navesti broj socijalnog osiguranja.**

Ako nam dostavite svoj broj socijalnog osiguranja, isti se može koristiti za identifikaciju ili provjeru podataka koji su nam dostavljeni. Ako nemate broj socijalnog osiguranja, označite „Nije primjenjivo“ ili „N/P“.

**Ispunjenu prijavu sa svom dokumentacijom pošaljite na adresu:** Providence Regional Business Office, P.O. Box 3299 Portland, OR 97208-3395 UNITED STATES OF AMERICA. Obavezno zadržite kopiju za sebe.

**Za osobno podnošenje ispunjene prijave:** Odnosite je u najbliži ured financijskog savjetnika bolnice. O našoj konačnoj odluci o utvrđivanju prava na financijsku pomoć i prava na žalbu, ako je primjenljivo, obavijestit ćemo vas u roku od 14 do 30 dana od primitka potpune prijave za financijsku pomoć, uključujući dokumentaciju o prihodima.

<sup>1</sup> Providence će prikupljati i razmatrati informacije o imovini, koje zahtijevaju Medicare Service Centers i Medicaid (CMS) za pripremu izvješća o troškovima Medicare, osim ako to nije zabranjeno državnim zakonom.

Podnošenjem prijave za finansijsku pomoć pristajete na to, da podnesemo potrebne zahtjeve za provjeru finansijskih obveza i podataka.

**Mi želimo pomoći. Molimo podnesite svoju prijavu što prije. Račune možete primiti sve dok ne zaprimimo vašu ispunjenu prijavu i potrebnu dokumentaciju, osim ako to nije zabranjeno zakonima o dobrotvornoj pomoći vaše države.**

**Obrazac prijave za dobrotvornu pomoć/financijsku pomoć (povjerljivo)**

*Molimo navedite potpune podatke. Ako nije primjenljivo, napišite "N/P". Prema potrebi priložite dodatne stranice.*

<b>SKRINING INFORMACIJA</b>	
Trebate li prevoditelja? <input type="checkbox"/> <b>Da</b> <input type="checkbox"/> <b>Ne</b> <i>Ako da, navedite željeni jezik:</i>	
Je li pacijent podnio prijavu za Medicaid? <input type="checkbox"/> <b>Da</b> <input type="checkbox"/> <b>Ne</b> Da li pacijent pati od sljepoće? <input type="checkbox"/> <b>Da</b> <input type="checkbox"/> <b>Ne</b> Je li pacijent invalid? <input type="checkbox"/> <b>Da</b> <input type="checkbox"/> <b>Ne</b>	
Da li pacijent koriste javne usluge u državi kroz programe kao što su Privremena pomoć potrebitim obiteljima (TANF), Basic Food ili WIC? <input type="checkbox"/> <b>Da</b> <input type="checkbox"/> <b>Ne</b>	
Je li pacijent trenutno beskućnik? <input type="checkbox"/> <b>Da</b> <input type="checkbox"/> <b>Ne</b>	
Je li potreba pacijenta za medicinskom pomoći povezana s prometnom nesrećom ili ozljedom na radu? <input type="checkbox"/> <b>Da</b> <input type="checkbox"/> <b>Ne</b>	

<b>NAPOMENA</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ne možemo jamčiti da ispunjavate uvjete za financijsku pomoć čak i ako se prijavite.</li> <li>• Nakon što pošaljete prijavu, možemo provjeriti sve informacije i zatražiti dodatne informacije ili dokaz o izvoru prihoda.</li> <li>• U roku od 14–30 dana, nakon što zaprimimo Vašu ispunjenu prijavu i dokumentaciju, obavijestit ćemo Vas o našoj odluci.</li> </ul>	

<b>PODACI O PACIJENTU I PODNOSITELJU PRIJAVE</b>					
Ime pacijenta		Ime oca pacijenta		Prezime pacijenta	
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Ostalo (navedite _____)		Datum rođenja		Broj socijalnog osiguranja pacijenta (nije obavezno)	
Osoba odgovorna za plaćanje računa		U kakvom je odnosu s pacijentom	Datum rođenja	Broj socijalnog osiguranja (nije obavezno)	
Poštanska adresa:				Primarni kontaktni broj(evi)	
_____				( ) _____	
_____				( ) _____	
_____				E-mail adresa:	
_____				_____	
Poštanski	broj grada,			države	

Radni status osobe odgovorne za plaćanje računa	
<input type="checkbox"/> <b>Zaposlen</b> (datum zapošljavanja): _____ <input type="checkbox"/> <b>Nezaposlen</b> (koliko dugo je nezaposlen): _____	
<input type="checkbox"/> <b>Samozapošljavanje</b> <input type="checkbox"/> <b>Student</b> <input type="checkbox"/> <b>Invalid</b> <input type="checkbox"/> <b>Umirovljenik</b> <input type="checkbox"/> <b>Ostalo</b> _____	

**PODACI O OBITELJI**

Navedite članove svoje obitelji, uključujući i sebe. "Obitelj" se odnosi na ljude koji žive zajedno, koji su u krvnom srodstvu, braku ili su posvojeni.

**VELIČINA OBITELJI** \_\_\_\_\_

*Po potrebi priložite dodatne stranice*

Ime, Ime oca, Prezime	Datum rođenja	U kakvom je odnosu s pacijentom	Za osobe starije od 18 godina: Poslodavac(i) ili izvor prihoda	Za osobe starije od 18 godina: Ukupni mjesečni bruto prihod (prije odbijanja poreza):	Da li se prijavljujete i za financijsku pomoć?
					Da / ne
					Da / ne
					Da / ne
					Da / ne

**Moraju se navesti prihodi svih punoljetnih članova obitelji. Izvori prihoda uključuju, ali nisu ograničeni na:**  
 Plaće - Naknade za nezaposlenost - Prihode od samozapošljavanja - Naknade za radnike - Naknade za invalidnost -  
 Dopunski socijalni dohodak - Alimentacije za djecu/supružnika - Programi rada tijekom studiranja (studenti)- Prihode  
 od imovine kao što su dionice, obveznice, osobni mirovinski račun, uzajamni fondovi, prihodi od najma itd.

**Obrazac prijave za dobrotvornu pomoć/financijsku pomoć (povjerljivo)****INFORMACIJE O PRIHODU**

*ZAPAMTITE: Uz prijavu je potrebno priložiti dokaz o prihodima.*

**Morate navesti podatke o prihodima svoje obitelji. Dokaz o prihodima potreban je za određivanje financijske pomoći. Svi članovi obitelji stariji od 18 godina moraju objaviti svoje prihode. Ako niste u mogućnosti dostaviti dokumentaciju, možete podnijeti potpisanu pisanu izjavu u kojoj se navodi vaš prihod. Molimo dostavite dokaz za svaki navedeni izvor prihoda.**

**Primjeri izvora prihoda:**

- Izvešće o zadržavanju "W-2"; ili
- Tekuće potvrde o uplati (3 mjeseca); ili
- Prošlogodišnju prijavu poreza na prihod s priložima, ako je primjenljivo; ili
- Potpisane pisane izjave od poslodavaca ili drugih osoba;
- Izvešća o primljenim prihodima od imovine (dionice, obveznice, pojedinačni mirovinski račun, uzajamni fondovi itd.);
- Odobravanje/odbijanje naknade za nezaposlene.

Ako nemate potvrdu ili prihod, priložite dodatnu stranicu s objašnjenjem.

**PODACI O TROŠKOVIMA**

*Te podatke koristimo kako bismo bolje razumjeli vašu financijsku situaciju.*

Mjesečni životni troškovi:

Zakup/hipoteka \$ \_\_\_\_\_ Troškovi liječenja \$ \_\_\_\_\_  
Premije zdravstvenog osiguranja USD \$ \_\_\_\_\_ Komunalne usluge \$ \_\_\_\_\_  
Ostali dugovi/rashodi (USD) \_\_\_\_\_ (alimentacija, krediti, lijekovi itd.)

**INFORMACIJE O IMOVINI**

*Ove informacije mogu se koristiti samo u skladu s našim pravilima i propisima države u kojoj ste primali medicinske usluge; ove informacije se prikupljaju i razmatraju u skladu sa zahtjevima Medicare Service Centara i Medicaid (CMS) za izvješća o troškovima Medicare.*

Trenutno stanje na tekućem računu

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

Trenutno stanje na štednom računu

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

Ima li vaša obitelj drugu imovinu? **Provjerite sve što se odnosi na vas**

- Obveznice  Dužnički instrumenti  401K  Medicinski štedni račun  
 Zaklade  Nekretnina (bez glavnog prebivališta)  
 Vlasništvo nad poduzećem

**DODATNI PODACI**

Molimo priložite dodatnu stranicu, ako imate druge informacije o vašoj trenutnoj financijskoj situaciji koje nam želite prijaviti, kao što su financijske poteškoće, prekomjerni medicinski troškovi, sezonski ili privremeni prihodi ili osobni gubici.

**UGOVOR S PACIJENTOM**

Ja razumijem da Providence može provjeriti informacije putem ispitivanja kreditne historije i dobivanjem informacija iz drugih izvora, kako bi pomogla u utvrđivanju ispunjavanja uvjeta za financijsku pomoć ili planova plaćanja.

Potvrđujem da su gore navedene informacije istinite i točne, koliko mi je poznato. Ja razumijem da, ako se utvrdi da su financijski podaci koje pružam lažni, to može rezultirati uskraćivanjem financijske pomoći, a ja mogu biti odgovoran za pružene usluge i bit ću dužan da ih nadoknadim.

\_\_\_\_\_  
Potpis podnositelja prijave

\_\_\_\_\_  
Datum

