

טיפול צדקה/סיוע כספי הוראות טופס בקשה

זוהי בקשה לסיוע כספי (המכונה גם טיפול צדקה) בפרובידנס.

החוק הפדרלי וחוק המדינה מחייבים את כל בתי החולים לספק סיוע כספי לאנשים ומשפחות העומדים בדרישות הכנסה מסוימות. הינך עשוי/ה להיות זכאי/ת לטיפול ללא תשלום או טיפול מוזל בהתבסס על גודל המשפחה וההכנסה שלך, גם אם יש לך ביטוח בריאות. כדי להציג את מדיניות הסיוע הכספי שלנו ואת הנחיות קנה המידה שלנו, עבור/י אל אתר האינטרנט של מדינת המגורים שלך מהאתר <https://www.providence.org/obp>

מה מכסה סיוע כספי? הסיוע הכספי הרפואי מכסה טיפול רפואי הכרחי הניתן על ידי אחד מבתי החולים או המרפאות שלנו בתוך משפחת הארגונים שלנו בהתאם לזכאותכם. ייתכן שסיוע כספי לא יכסה את כל עלויות שירותי הבריאות, כולל שירותים הניתנים על ידי ארגונים אחרים.

אם יש לך שאלות או הינך זקוק/ה לעזרה בהשלמת טופס בקשה זה: מדיניות הסיוע הכספי שלנו, מידע על התוכניות וטופסי הבקשה זמינים באתר האינטרנט שלנו או בטלפון. הינך רשאי/ת לקבל עזרה מכל סיבה שהיא, לרבות מוגבלות וסיוע בשפה. מסמכים כתובים מתורגמים זמינים לפי בקשה. הינה איך ליצור איתנו קשר:

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

נציגי שירות לקוחות זמינים בטלפון: 855-229-6466 או 503-215-7575 עד 8:00 מ-17:00 בימים שני-שישי

על מנת שבקשתך תטופל, עליך:

לספק לנו מידע על משפחתך

למלא את מספר בני המשפחה במשק הבית (משפחה כוללת אנשים הקשורים בלידה, נישואים או אימוץ שחיים יחד)

לספק לנו מידע על ההכנסה החודשית ברוטו של משפחתך (הכנסה לפני מיסים וניכויים) לכלול תלושי שכר, טפסי W-2, החזרי מס, מכתבי ביטוח לאומי והצהרות על הכנסה מנכסים, ולהצהיר ולספק תיעוד לנכסים.¹ (ראה/י סעיף "הכנסה לבקשת סיוע כספי" לדוגמאות נוספות)

יש לצרף מידע נוסף במידת הצורך

יש לחתום ולתארך את טופסי הסיוע הכספי

הערה: אינך צריך/ה לספק מספר תעודת זהות כדי להגיש בקשה לסיוע כספי. אם תספק/י לנו את מספר הביטוח הלאומי שלך, מספר הביטוח הלאומי שלך עשוי לשמש לזיהויך או לשמש לאימות מידע שנמסר לנו. אם אין לך מספר תעודת זהות, אנא סמן/י "לא רלוונטי" או "ל"ר".

יש לשלוח בקשות שהושלמו יחד עם כל התיעוד אל: Providence Regional Business Office, P.O. Box 3299 Portland, OR 97208-3395 UNITED STATES OF AMERICA. לשמור עותק לעצמך.

כדי להגיש את בקשתך המלאה באופן אישי: גש/י למשרד היועץ הפיננסי של בית החולים הקרוב אליך. אנו נודיע לך על הקביעה הסופית של הזכאות וזכויות הערעור, אם הדבר רלוונטי, בין 14 ל-30 ימים מיום קבלת הבקשה המלאה לסיוע כספי, כולל תיעוד הכנסה.

על ידי הגשת בקשה לסיוע כספי, את/ה נותן/ת לנו את הסכמתך לבצע בירורים נחוצים כדי לאשר התחייבויות ומידע פיננסי.

¹ למעט מה שאסור על פי חוק המדינה, פרובידנס יאסוף וישקול מידע הקשור לנכסים כנדרש על ידי המרכזים לשירותי

אנחנו רוצים לעזור. אנא הגש/י את בקשתך בהקדם. את/ה יכול להמשיך לקבל דפי חיוב עד שנקבל את הבקשה המלאה והתיעוד הנדרש, אלא אם הדבר אסור על פי חוקי הטיפול לצדקה במדינתך.

טופס בקשה לטיפול צדקה/סיוע כספי - חסוי

נא למלא את כל המידע במלואו. אם הסעיף אינו רלוונטי יש לכתוב "ל"ר" יש לצרף דפים נוספים במידת הצורך.

מידע עבור סינון

האם אתה/צריך/ה מתורגמן? כן לא **אם כן, רשום/י את השפה המועדפת:**

האם המטופל/ת הגישה/ה בקשה ל-Medicaid? כן לא האם המטופל/ת/ עיוור/ת? כן לא האם המטופל/ת בעלת/ת מוגבלות? כן לא

האם המטופל/ת מקבלת/ת שירותים ציבוריים ממלכתיים כגון TANF, אוכל בסיסי או WIC? כן לא

האם החולה חסר/ת בית כרגע? כן לא

האם הצורך בטיפול הרפואי של המטופל קשור בתאונת דרכים או פגיעת עבודה? כן לא

יש לשים לב

- איננו יכולים להבטיח שתהיה/י זכאית/לסיוע כספי גם אם תגישי/י בקשה.
- לאחר שליחת בקשתך, אנו עשויים לבדוק את כל המידע וייתכן שנבקש מידע נוסף או הוכחת הכנסה.
- בתוך 14-30 ימים לאחר שנקבל את הבקשה והתייעוד המלאים שלך, נודיע לך על קביעתנו.

מידע על המטופל/ת והמועמד/ת

שם פרטי של המטופל/ת	שם אמצעי של המטופל/ת		שם משפחה של המטופל/ת
<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/> אחר (רשאי/ת לציין _____)	תאריך לידה		מספר תעודת זהות של המטופל/ת (אופציונלי)
האדם האחראי לתשלום החשבון	קרבה למטופל/ת	תאריך לידה	מספר תעודת זהות (אופציונלי)
כתובת דואר	מספר(י) טלפון של איש/אשת הקשר הראשית () _____ () _____ כתובת דוא"ל: _____		
עיר	מדינה	מיקוד	

מצב תעסוקתי של האחראי/ת על תשלום החשבון

מועסק/ת (תאריך העסקה): _____ לא מועסק/ת (כמה זמן לא מועסק/ת): _____

עצמאי/ת סטודנט/ית בעלת/ת מוגבלות גמלאי/ת אחר

מידע משפחתי

רשום/י את בני המשפחה במשק הבית שלך, כולל אותך. "משפחה" כוללת אנשים הקשורים בלידה, נישואים או אימוץ שחיים יחד. **גודל משפחה** _____ **צרף/י דף נוסף במידת הצורך**

שם	תאריך לידה	קרבה למטופל/ת	אם בגיל 18 ומעלה: שם המעסיק או מקור ההכנסה	אם בגיל 18 ומעלה: סך ההכנסה החודשית ברוטו (לפני מיסים):	מבקש/ת גם סיוע כספי?
					כן / לא
					כן / לא
					כן / לא
					כן / לא

יש למסור את הנתונים על הכנסתם של כל בני המשפחה הבוגרים. מקורות הכנסה כוללים, למשל:

שכר- דמי אבטלה-הכנסה עצמאית-תגמולים לעובדים-דמי נכות-השלמת הכנסה (SSI)-דמי מזונות לילד/בן/בת זוג- וכנית של עבודה במהלך הלימודים (סטודנטים)-הכנסה שנמשכה מנכסים למשל-מניות, אג"ח, קרן פרישה, קרנות נאמנות, הכנסות משכירות וכו'.

טופס בקשה לטיפול צדקה/סיוע כספי - חסוי

מידע על הכנסות

יש לזכור: עליך לצרף הוכחת הכנסה יחד בקשתך.

עליך לספק מידע על הכנסת משפחתך. נדרש אימות הכנסה כדי לקבוע סיוע כספי. כל בני המשפחה בני 18 ומעלה חייבים לחשוף את הכנסתם. אם אינך יכול לספק תיעוד, תוכלי להגיש הצהרה חתומה בכתב המתארת את הכנסתך. יש לספק הוכחה לכל מקור הכנסה שנמסר. דוגמאות להוכחת הכנסה כוללות:

- הצהרת ניכוי במקור ("W-2").
 - תלושי שכר נוכחיים (3 חודשים); או
 - דו"ח מס הכנסה של השנה שעברה כולל לוחות זמנים אם הדבר רלוונטי; או
 - הצהרות כתובות וחתומות של מעסיקים או אחרים; או
 - דוחות הכנסה שנמשכו מנכסים (מניות, אג"ח, קרן פרישה, קרנות נאמנות וכו'); או
 - אישור/שלילת זכאות לדמי אבטלה.
- אם אין לך הוכחה להכנסה או אין לך הכנסה, אנא צרף/י דף נוסף עם הסבר.

מידע על הוצאות

אנו משתמשים במידע זה כדי לקבל תמונה מלאה יותר של מצבך הפיננסי.

הוצאות מחיה חודשיות חיוניות:

שכירות/משכנתא דולר _____ הוצאות רפואיות דולר _____
 דמי ביטוח רפואי דולר _____ שירותים דולר _____
 חובות/הוצאות אחרות דולר _____ (דמי מזונות, הלוואות, תרופות, אחר)

מידע על נכסים

ניתן להשתמש במידע זה רק בהתאם למדיניות שלנו ולתקנות המדינה שבהן קיבלת טיפול והוא נאסף ונלקח בחשבון כנדרש על ידי המרכזים לשירותי Medicare ו-Medicaid (CMS) לדיווח על עלויות Medicare.

<p>האם למשפחתך יש את הנכסים הנוספים האלה? אנא סמני את כל מה שרלוונטי</p> <p><input type="checkbox"/> מניות <input type="checkbox"/> איגרות חוב חשבונות <input type="checkbox"/> תוכנית חיסכון מהעבודה 401K <input type="checkbox"/> חשבון(ות) חיסכון בריאות <input type="checkbox"/> קרן(ות) נאמנות <input type="checkbox"/> נדל"ן (למעט מקום מגורים ראשי) <input type="checkbox"/> בעלות על עסק</p>	<p>יתרה נוכחית בחשבון עו"ש \$ _____</p> <p>יתרה נוכחית בחשבון חיסכון \$ _____</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------

מידע נוסף

אנא צרף/י דף נוסף אם יש מידע נוסף על מצבך הכלכלי הנוכחי שאת/ה רוצה שנדע, כגון מצוקה כלכלית, הוצאות רפואיות גבוהות, הכנסה עונתית או זמנית או אובדן אישי.

הסכם מטופל

אני מבין שפרובידנס עשוי לאמת מידע על ידי בדיקת פרטי אשראי וקבלת מידע ממקורות אחרים כדי לסייע בקביעת זכאות לסייע כספי או תוכניות תשלום.

אני מאשר/ת כי המידע הנ"ל הוא אמת ונכון למיטב ידיעתי. אני מבין/ת שאם המידע הפיננסי שאני מוסר/ת נקבע כשקר, התוצאה עלולה להיות שלילת סיוע כספי, וייתכן שאני אהיה אחראי/ת וצפויה/ה לשלם עבור השירותים שניתנו.

_____ תאריך

_____ חתימת מגיש בקשה