

Instrucțiuni pentru completarea Aplicației pentru îngrijire caritabilă/asistență financiară

Aceasta este o aplicație pentru asistență financiară (de asemenea cunoscută ca și îngrijire caritabilă) în cadrul Centrului Medical Overlake [Overlake Hospital Medical Center (OHMC)], și/sau Clinicilor Medicale Overlake [Overlake Medical Clinics, LLC (OMC)].

Statul Washington cere tuturor spitalelor să furnizeze asistență financiară persoanelor sau familiilor care îndeplinesc anumite cerințe privind venitul lor. S-ar putea să vă calificați pentru îngrijire gratuită sau la preț redus în funcție de mărimea și venitul familiei chiar și în cazul în care aveți asigurare de sănătate. Regulamentul de asistență financiară poate fi accesat la www.overlakehospital.org/financialpolicies

Ce acoperă asistența financiară? Asistența financiară acoperă serviciile adecvate furnizate de OHMC și/sau OMC în funcție de calificare. S-ar putea ca asistența financiară să nu acopere toate costurile pentru serviciile de sănătate, incluzând aici și serviciile furnizate de alte organizații.

Dacă aveți întrebări sau aveți nevoie de ajutor pentru a completa această aplicație vă rugăm să sunați Coordonatorul Asistenței Financiare la 425-635-6239. Veți putea obține ajutor pentru diverse motive, inclusiv asistență în caz de dizabilitate și cu limba pe care o vorbiți.

Pentru ca aplicația dumneavoastră să fie procesată va trebui:

- să furnizați informații despre familia dumneavoastră. Puneți numărul de membri ai familiei din casă (familia include persoanele înrudite prin naștere, căsătorie sau adopție care locuiesc împreună).
- să furnizați informații despre venitul lunar brut al familiei (venitul înainte de impozitare sau deduceri).
- să furnizați documentația necesară pentru venitul familiei.
- să anexați informații adiționale dacă este nevoie.
- să semnați și datați formularul.

Notă: Nu trebuie să furnizați Numărul de securitate socială pentru a aplica pentru asistență financiară. Dacă veți furniza Numărul de securitate socială, acesta ne va ajuta să accelerăm procesarea aplicației. Numerele de securitate socială sunt folosite pentru a verifica informațiile furnizate. Dacă nu aveți un Număr de securitate socială, vă rugăm marcați "Nu este cazul" sau "NEC".

Expediați prin poștă sau faxați aplicația completată și toată documentația la:

Overlake Hospital Medical Center
1035 116th Ave NE
Bellevue, WA 98004-9971
Attn: Patient Financial Services

[Atenție! Către: Servicii financiare pentru pacienți]

Puteți folosi plicul inclus.

Păstrați o copie pentru dumneavoastră.

Vă vom trimite o notificare cu decizia finală asupra calificării și drepturilor de recurs, dacă este cazul, în 14 zile calendaristice de la primirea aplicației complete pentru asistență financiară, incluzând și documentația venitului. Prin trimiterea unei aplicații pentru asistență financiară vă dați consimțământul ca noi să cercetăm și confirmăm obligațiile și informațiile financiare.

**Dorim să vă ajutăm. Vă rugăm trimiteți aplicația prompt!
S-ar putea să primiți facturi înainte ca noi să primim informațiile.**

Formular al Aplicației pentru îngrijire caritabilă/asistență financiară

Confidențial

Vă rugăm să introduceți toate datele. Dacă "Nu este cazul" scrieți "NEC". Anexați pagini suplimentare, dacă este nevoie.

INFORMAȚII VERIFICATORII

Aveți nevoie de un interpret? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu <i>Dacă Da, scrieți limba preferată:</i> _____
A aplicat pacientul pentru Medicaid? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu S-ar putea să fie nevoie să aplice înainte de a fi luat în considerare pentru asistență financiară.
Este pacientul fără adăpost? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu
Nevoia de îngrijire medicală a pacientului este legată de un accident auto sau de muncă? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu

VĂ RUGĂM NOTAȚI

- Chiar dacă aplicați, nu putem garanta că vă veți califica pentru asistență financiară.
- După ce ați trimis aplicația s-ar putea să verificăm toate informațiile și să solicităm informații suplimentare sau dovezi ale venitului.
- Vă vom anunța în timp de 14 zile calendaristice de la trimiterea aplicației și documentației complete dacă vă calificați pentru asistență.

DATELE PACIENTULUI ȘI SOLICITANTULUI

Numele pacientului	Numele mijlociu al pacientului	Numele de familie al pacientului
<input type="checkbox"/> Bărbat <input type="checkbox"/> Femeie <input type="checkbox"/> Altul/alta (se poate specifica _____)	Data nașterii	Numărul de securitate socială (opțional*) <i>*opțional, dar necesar pentru o mai generoasă asistență depășind cerințele legii statale [???]</i>
Persoana responsabilă cu plata facturii	Relația cu pacientul	Data nașterii Numărul de securitate socială (opțional*) <i>*opțional, dar necesar pentru o mai generoasă asistență depășind cerințele legii statale [???]</i>
Adresa poștală _____ _____		Numere de contact principale () _____ () _____ Adresă de email: _____
Orașul	Statul	Codul poștal
Situația angajării pentru persoana responsabilă cu plata facturii <input type="checkbox"/> Angajat (data angajării: _____) <input type="checkbox"/> Șomer (de cât timp în șomaj: _____) <input type="checkbox"/> Liber profesionist <input type="checkbox"/> Student <input type="checkbox"/> Invalid <input type="checkbox"/> Pensionar <input type="checkbox"/> Altele (_____)		

DATELE FAMILIEI

Listați membrii familiei din casa dumneavoastră, inclusiv pe dumneavoastră. Familia include persoanele înrudite prin naștere, căsătorie sau adopție care locuiesc împreună

MĂRIMEA FAMILIEI _____

Anexați pagini suplimentare dacă este nevoie.

Nume	Data nașterii	Relația cu pacientul	Dacă are vârsta de sau peste 18 ani - Numele angajatorului(lor) și venitul	Dacă are vârsta de sau peste 18 ani - Venitul total brut pe lună (înainte de impozitare)	De asemenea aplicând pentru asistență financiară?
					Da / Nu
					Da / Nu
					Da / Nu
					Da / Nu

Tot venitul membrilor adulți ai familiei trebuie divulgat. Surse de venit includ, spre exemplu:

- Salarii - Șomaj - Liber-profesionism - Compensarea muncitorilor - Dizabilitate - Venit de securitate socială - Pensie alimentară - Programe de muncă în timpul studiilor (studenți) - Pensie - Distribuții din contul de pensie - Altele (vă rugăm explicați _____)

Formular al Aplicației pentru îngrijire caritabilă/asistență financiară Confidențial

DATE DESPRE VENIT

REȚINEȚI: Trebuie să anexați aplicației și dovezi ale venitului obținut.

Trebuie să furnizați date despre venitul familiei dumneavoastră. Verificarea venitului este necesară pentru a determina asistența financiară.

Toți membrii familiei de sau peste 18 ani trebuie să-și divulge venitul. Dacă nu veți putea furniza documentația, va trebui să trimiteți o declarație scrisă semnată care descrie venitul dumneavoastră. Vă rugăm să furnizați dovezi pentru fiecare sursă de venit identificată.

Exemple de dovezi ale venitului includ:

- o adeverință W2 a reținerilor din salarii sau venituri sau
- chitanțe de plată actuale (3 luni)
- o declarație de venit de pe anul trecut, incluzând și programele, dacă este cazul sau
- declarații scrise și semnate de la angajatori sau alte instituții sau
- aprobarea sau refuzul pentru Medicaid sau asistență medicală cu fonduri de stat
- aprobarea sau refuzul pentru compensația de șomaj

Dacă nu aveți nici o dovadă a venitului sau nu aveți venit, vă rugăm să anexați o pagină suplimentară cu explicații.

DATE SUPLIMENTARE

Vă rugăm să anexați o pagină suplimentară dacă doriți să aflăm alte informații despre situația dumneavoastră financiară actuală, precum: greutăți financiare, venit sezonier sau temporar sau pierderi personale.

ACORDUL PACIENTULUI

Înțeleg că Overlake Hospital Medical Center/Overlake Medical Clinics LLC s-ar putea să verifice informațiile primite prin analizarea datelor de credit și obținerea unor informații din alte surse pentru a putea determina calificarea pentru asistență financiară sau planuri de plată.

Declar că, din ceea ce cunosc, informațiile de mai sus sunt adevărate și corecte. Înțeleg că dacă informațiile pe care le-am oferit se determină a fi false, rezultatul va fi un refuz de acordare de asistență financiară, voi răspunde și mi se va cere să plătesc pentru serviciile furnizate.

Semnătura persoanei care aplică

Data