

ఛారిటీ కేర్/ఆర్థిక సాయం అప్లికేషన్ ఫారం సూచనలు

ఇది ఓవర్లేక్ హాస్పిటల్ మెడికల్ సెంటర్ (OHMC) మరియు/లేదా ఓవర్లేక్ మెడికల్ క్లినిక్స్, ఎల్ఎల్సీ (OMC)వద్ద ఆర్థిక సాయం కొరకు (దీనిని ఛారిటీ కేర్ అని కూడా పేర్కొంటారు) దరఖాస్తు.

నిర్దిష్ట ఆదాయ ఆవశ్యతలను కలిగి ఉండే ప్రజలు మరియు కుటుంబాలకు అన్ని ఆసుపత్రులు కూడా ఆర్థిక సాయం అందించాలని వాషింగ్టన్ స్టేట్ కోరుతోంది . మీకు ఆరోగ్య బీమా ఉన్నప్పటికీ, మీ కుటుంబ పరిమాణం మరియు ఆదాయం ఆధారంగా మీరు ఉచిత సంరక్షణ లేదా తగ్గించిన ధరకు సంరక్షణను పొందడానికి అర్హత కలిగి ఉండవచ్చు. ఆర్థిక సాయం పాలసీని www.overlakehospital.org/financialpolicies వద్ద మీరు చూడవచ్చు.

ఆర్థిక సాయంలో ఏవి కవర్ చేయబడతాయి? ఆర్థిక సాయంలో మీ యొక్క అర్హతను బట్టి OHMC మరియు/లేదా OMC ద్వారా అందించబడే తగిన సర్వీసులు కవర్ చేయబడతాయి. ఇతర సంస్థల ద్వారా అందించబడ్డ సేవలతో సహా, ఆర్థిక సాయంలో అన్ని వైద్య సంరక్షణ ఖర్చులు కవర్ కాకపోవచ్చు.

ఒకవేళ మీకు ప్రశ్నలున్నా లేదా ఈ అప్లికేషన్ పూర్తి చేయడంలో మీకు ఏదైనా సాయం అవసరం అయినా: దయచేసి 425-635-6239 ద్వారా మా ఫైనాన్షియల్ అసిస్టెన్స్ కో ఆర్డినేటర్ కు కాల్ చేయండి. వైకల్యత మరియు భాషా సాయంతో సహా ఏదైనా కారణం కొరకు మీరు సాయాన్ని పొందవచ్చు.

మీ అప్లికేషన్ ప్రాసెస్ చేయడం కొరకు, మీరు విధిగా:

- మీ కుటుంబానికి సంబంధించిన సమాచారాన్ని మీరు అందించాలి
మీ ఇంటిలో ఉండే కుటుంబసభ్యుల యొక్క సంఖ్యను నింపండి.(జననం, వివాహానం లేదా దత్తత వంటి కారణాల వల్ల కలిసి జీవించే సభ్యులతో సహా కుటుంబం)
- మీ కుటుంబం యొక్క స్థూల ఆదాయ వివరాలను మాకు అందించండి (పన్నులు మరియు మినహాయింపులకు ముందు ఆదాయం)
- కుటుంబ ఆదాయానికి సంబంధించిన డాక్యుమెంటేషన్ ని అందించండి
- అవసరమైతే అదనపు సమాచారాన్ని జతచేయండి
- సంతకం మరియు తేదీ ఫారం

గమనిక: ఆర్థిక సహాయానికి అప్లికేషన్ చేయడం కొరకు మీరు ఒక సోషల్ సెక్యూరిటీ నెంబరును అందించాల్సిన అవసరం లేదు. ఒకవేళ మీరు మీ సోషల్ సెక్యూరిటీ నెంబరును మాకు అందించినట్లయితే, మీ అప్లికేషన్ ని వేగవంతం చేయడానికి మాకు సహాయపడుతుంది. మాకు అందించిన సమాచారాన్ని వెరిఫై చేయడం కొరకు సోషల్ సెక్యూరిటీ నెంబర్లు ఉపయోగించబడతాయి. ఒకవేళ మీకు సోషల్ సెక్యూరిటీ నెంబరు లేనట్లయితే, దయచేసి “వర్తించదు” లేదా “NA” అని మార్క్ చేయండి.

పూర్తి చేసిన అప్లికేషన్‌ని అన్ని డాక్యుమెంట్‌లతో దిగువ చిరునామాకు మెయిల్ చేయడం లేదా ఫ్యాక్స్ చేయడం చేయండి:

ఓవర్‌లేక్ హాస్పిటల్ మెడికల్ సెంటర్

1035 116వ ఎవెన్యూ నార్త్ ఈస్ట్

బెల్లెవ్యూ, WA 98004-9971

అటెన్షన్: పేషెంట్ పైనాన్సియల్ సర్వీసెస్

జతచేయబడ్డ రిటర్న్ ఎన్వలప్‌ని మీరు ఉపయోగించవచ్చు.

మీ కొరకు ఒక కాపీని ఉంచుకోండి.

ఆదాయానికి సంబంధించిన డాక్యుమెంట్‌షన్‌తోపాటుగా పూర్తి చేయబడ్డ ఆర్థిక సాయం అప్లికేషన్ అందుకున్న 14 పనిదినాల్లోగా ఒకవేళ వర్తించినట్లయితే, అర్హత మరియు అనువర్తించే హక్కులకు సంబంధించిన తుది నిర్ణయాన్ని మేం మీకు తెలియజేస్తాం.

ఆర్థిక సాయం అప్లికేషన్‌ని సబ్మిట్ చేయడం ద్వారా, ఆర్థిక బాధ్యతలు మరియు సమాచారాన్ని ధృవీకరించడం కొరకు అవసరమైన విచారణలకు చేసేందుకు మీరు సమ్మతి తెలియజేస్తున్నారు.

మేం మీకు సహాయం చేయాలని అనుకుంటున్నాం. దయచేసి మీ అప్లికేషన్‌ని సక్రమంగా సబ్మిట్ చేయండి!

మీ సమాచారాన్ని అందుకునేంత వరకు కూడా మీరు బిల్లులను అందుకోవచ్చు.

ఛారిటీ కేర్/ఆర్థిక సాయం అప్లికేషన్ ఫారం- గోప్యమైనది

దయచేసి మొత్తం సమాచారం పూర్తిగా నింపండి. ఒకవేళ వర్తించనట్లయితే, "NA" అని రాయండి. ఒకవేళ అవసరం అయితే అదనపు

పేజీలను జతచేయండి.

స్క్రినింగ్ సమాచారం

మీకు దుబాపీ కావాలా? అవును కాదు ఒకవేళ అవును అయితే, మీరు ఎంచుకునే భాష:

రోగి మెడిక్‌ఎయిడ్ కొరకు దరఖాస్తు చేశాడా? అవును కాదు ఆర్థిక సాయం కొరకు పరిగణనలో తీసుకోవడానికి ముందు అప్లై చేయాల్సి రావోచ్చు

రోగి ప్రస్తుతం నిరాశ్రయుడా? అవును కాదు

రోగి యొక్క వైద్య సంరక్షణ అవసరం అనేది కారు ప్రమాదా లేదా పని గాయానికి సంబంధించినదా? అవును కాదు

దయచేసి గుర్తుంచుకోండి

- ఒకవేళ మీరు అప్లై చేసినప్పటికీ కూడా, ఆర్థిక సాయానికి మీరు అర్హులవుతారా లేదా అనే విషయంలో మేం భరోసా ఇవ్వలేం.
- మీరు అప్లికేషన్ ని పంపిన తరువాత, మేం మొత్తం సమాచారాన్ని మేం తనిఖీ చేయవచ్చు మరియు అదనపు సమాచారం లేదా ఆదాయ రుజువును కోరవచ్చు.
- మీ పూర్తి చేయబడ్డ అప్లికేషన్ మరియు డాక్యుమెంటేషన్ ని అందుకున్న 14 పనిదినాల్లో, సాయం కరకు మీరు అర్హుల కాదా అనే విషయాన్ని మేం మీకు తెలియజేస్తాం.

రోగి మరియు అప్లికేషన్ సమాచారం

రోగి మొదటి పేరు	రోగి మధ్య పేరు	రోగి చివరి పేరు
<input type="checkbox"/> పురుషుడు <input type="checkbox"/> స్త్రీ <input type="checkbox"/> ఇతరాలు (_____ వలే పేర్కొనవచ్చు)	పుట్టిన తేదీ	సోషల్ సెక్యూరిటీ నెంబరు(ఐచ్ఛికం*) <small>* ఐచ్ఛిక, అయితే స్టేట్ చట్టాల ఆవశ్యకతలకు అదనంగా మరింత ఉదారంగా సాయం చేయడానికి అవసరం అవుతుంది [???]</small>
బిల్లు చెల్లించడానికి బాధ్యత వహించే వ్యక్తి	రోగితో సంబంధం	పుట్టిన తేదీ
		సోషల్ సెక్యూరిటీ నెంబరు(ఐచ్ఛికం*) <small>* ఐచ్ఛిక, అయితే స్టేట్ చట్టాల ఆవశ్యకతలకు అదనంగా మరింత ఉదారంగా సాయం చేయడానికి అవసరం అవుతుంది [???]</small>
మెయిలింగ్ చిరునామా	ప్రధాన కాంటాక్ట్ నెంబర్(లు)	
_____	() _____	
_____	() _____	
_____	ఇమెయిల్ చిరునామా: _____	
నగరం	రాష్ట్రం	జిప్ కోడ్
బిల్లు చెల్లించడానికి బాధ్యత వహించే వ్యక్తి యొక్క ఉద్యోగి స్థితి <input type="checkbox"/> ఉద్యోగి (ఉద్యోగంలో చేరిన తేదీ: _____) <input type="checkbox"/> నిరుద్యోగి (ఎంతకాలంగా నిరుద్యోగిగా ఉన్నాడు: _____) <input type="checkbox"/> స్వయం ఉపాధి <input type="checkbox"/> విద్యార్థి <input type="checkbox"/> వైకల్యం <input type="checkbox"/> రిటైర్డ్ <input type="checkbox"/> ఇతరాలు (_____)		

కుటుంబ సమాచారం

మీతో సహా మీ ఇంటిలో ఉండే కుటుంబసభ్యులను జాబితా చేయండి. జననం, వివాహం లేదా దత్తత వంటి కారణాల వల్ల కలిసి జీవించే సభ్యులతో సహా "కుటుంబం"గా పేర్కొంటారు.

కుటుంబ పరిమాణం _____

అవసరం అయితే అదనపు పేజీని జోడించండి

పేరు	పుట్టిన రోజు	రోగితో సంబంధం	ఒకవేళ 18 సంవత్సరాలు లేదా అంత కంటే ఎక్కువ అయితే: యజమాని(లు) పేరు లేదా ఆదాయ వనరు	ఒకవేళ 18 సంవత్సరాలు లేదా అంత కంటే ఎక్కువ అయితే: మొత్తం నెలవారీ స్థూల ఆదాయం(పన్నులకు	ఆర్థిక సాయం కొరకు కూడా అప్లై చేస్తున్నారా?
------	--------------	---------------	--	--	--

				ముందు):	
					అవును/లేదు
					అవును/లేదు
					అవును/లేదు
					అవును/లేదు

వయోజన కుటుంబసభ్యుల యొక్క మొత్తం ఆదాయాన్ని విధిగా వెల్లడించాలి. వీటితో సహా ఆదాయ వనరులు, ఉదాహరణకు:

- వేతనాలు - నిరుద్యోగం - స్వయం ఉపాధి - కార్మికులకు ప్రతిఫలం - వైకల్యత - SSI - పిల్లలు/జీవితభాగస్వామి మద్దతు
- వర్క్ స్టడీ ప్రోగ్రామ్లు (విద్యార్థులు) - పెన్షన్ - రిటైర్మెంట్ ఖాతా పంపిణీలు - ఇతరాలు (దయచేసి వివరించండి_____)

చారిత్రక కేర్/ఆర్థిక సాయం అప్లికేషన్ ఫారం- గోప్యమైనది

ఆదాయ సమాచారం

గుర్తుంచుకోండి: మీ దరఖాస్తుతోపాటుగా మీరు మీ ఆదాయ రుజువు అందించాలి.

మీ కుటుంబ ఆదాయానికి సంబంధించిన సమాచారాన్ని మీరు విధిగా అందించాలి. ఆర్థిక సాయం తెలుసుకోవడం కొరకు ఆదాయ ధృవీకరణ అవసరం అవుతుంది.

18 సంవత్సరాలు లేదా అంతకంటే ఎక్కువ వయస్సు ఉన్న కుటుంబసభ్యులు అందరు కూడా విధిగా తమ ఆదాయాన్ని వెల్లడించాలి. ఒకవేళ మీరు

డాక్యుమెంటేషన్ అందించనట్లయితే, మీ ఆదాయంలో వివరించిన రాతపూర్వక స్టేట్మెంట్ ని మీరు సబ్మిట్ చేయాల్సి రావచ్చు. ప్రతి గుర్తించబడ్డ ఆదాయ వనరు కొరకు దయచేసి రుజువును అందించండి.

ఆదాయ రుజువు కొరకు ఉదాహరణల్లో ఇవి చేర్చబడతాయి:

- "W-2" విత్ హోల్డింగ్ స్టేట్మెంట్; లేదా
- ప్రస్తుత వేతన బిల్లులు(3 నెలలు); లేదా
- ఒకవేళ వర్తించినట్లయితే షెడ్యూల్స్ తో సహా గత సంవత్సరం ఆదాయ పన్ను రిటర్న్లు; లేదా
- యజమాని లేదా ఇతరుల నుంచి రాతపూర్వక, సంతకం చేయబడ్డ స్టేట్మెంట్లు; లేదా
- మెడికల్ ఎయిడ్ మరియు/లేదా స్టేట్- ఫండెడ్ సాయం కొరకు పొందడానికి అర్హత ఆమోదం/నిరాకరణ; లేదా
- నిరుద్యోగ భృతి పొందడం కొరకు అర్హత యొక్క ఆమోదం/నిరాకరణ.

మీకు ఆదాయానికి సంబంధించి ఎలాంటి రుజువు లేకపోయినా లేదా ఆదాయం లేకపోయినా, దయచేసి వివరణతో అదనపు పేజీని జోడించండి.

అదనపు సమాచారం

ఆర్థిక ఇబ్బందులు, సీజనల్ లేదా తాత్కాలిక ఆదాయం, లేదా వ్యక్తిగత నష్టం వంటి మీ ప్రస్తుత ఆర్థిక స్థితి గురించి మేం తెలుసుకోవాలని కోరుకున్నట్లయితే దయచేసి అదనపు పేజీలను జతచేయండి.

రోగి అగ్రిమెంట్

ఆర్థిక సాయం లేదా చెల్లింపు ప్లాన్లకు అర్హతను తెలుసుకోవడంలో సహాయపడటం కొరకు ఓవర్లేక్ హాస్పిటల్ మెడికల్ సెంటర్/ఓవర్లేక్ మెడికల్ క్లినిక్స్ ఎల్ఎల్సి క్రెడిట్ సమాచారాన్ని సమీక్షించడం ద్వారాను మరియు ఇతర వనరులను పొందిన సమాచారాన్ని వెరిఫై చేయవచ్చని నేను అర్థం చేసుకున్నాను.

పైన పేర్కొన్న సమాచారం సత్యం మరియు నా యొక్క అత్యుత్తమ పరిజ్ఞానం మేరకు సత్యాలని నేను ధృవీకరిస్తున్నాను. ఒకవేళ నా ద్వారా ఇవ్వబడ్డ సమాచారం తప్పు అని తేలినట్లయితే, దాని ఫలితంగా ఆర్థిక సాయం నిరాకరించబడుతుందని, మరియు అందించబడ్డ సేవలకు చెల్లించడానికి నేన బాధ్యత వహించాలని నేను అర్థం చేసుకున్నాను.

అప్లై చేస్తున్న వ్యక్తి సంతకం

తేదీ