

טופס להגשת מועמדות לטיפול בצדקה/סיוע מימוני הנחיות

זהו טופס הגשת מועמדות לסיוע מימוני (גם ידוע כטיפול בצדקה) במרכז הרפואי בית חולים Overlake, (OHMC) ו/או מרפאות רפואיות Overlake LLC, (OMC).

מדינת ושינגטון דורשת מכל בתי חולים לספק סיוע מימוני לאנשים ומשפחות העומדים בדרישות הכנסה מסוימות. יתכן ואתה זכאי לטיפול חינמי או בהנחה על בסיס גודל המשפחה שלך והכנסה, אפילו אם אתה מחזיק בביטוח רפואי. ניתן לצפות במדיניות לסיוע מימוני ב- www.overlakehospital.org/financialpolicies

מה מכסה הסיוע המימוני? הסיוע המימוני מכסה שירותים מתאימים שסופקו על ידי OHMC ו/או OMC תלוי בזכאות שלך. הסיוע המימוני עשוי שלא לכסות את כל עלויות הבריאות, כולל שירותים שסופקו על ידי ארגונים אחרים.

אם יש לך שאלות או זקוק לעזרה למילוי טופס מועמדות זה: אנא צור קשר עם רכז הסיוע המימוני שלנו ב-425-635-6239. אתה יכול לקבל עזרה מכל סיבה, כולל נכות או עזרה בשפה.

כדי שנוכל לעבד את הטופס שלך, עליך:

- לספק לנו מידע אודות המשפחה שלך**
למלא את מספר בני המשפחה במשק הבית שלך (משפחה כוללת אנשים הקשורים בלידה, נישואין או אימוץ המתגוררים ביחד)
- לספק לנו מידע על הכנסת הברוטו החודשית של המשפחה שלך (הכנסה לפני מיסים וניכויים)**
- לספק מסמכים על הכנסת המשפחה**
- לצרף מידע נוסף אם נדרש**
- לחתום ולרשום תאריך על הטופס**

הערה: אין צורך שתספק מספר ביטוח לאומי כדי להגיש מועמדות לסיוע מימוני. אם אתה מספק לנו את מספר הביטוח הלאומי שלך זה רק יעזר לזרז את הטיפול במועמדות שלך. מספרי הביטוח הלאומי משמשים כדי לאמת מידע שאנו סיפקנו. אם אין לך מספר ביטוח לאומי אנא סמן "לא רלוונטי" או "NA".

שלח בדואר או בפקס את הטופס המלא עם כל המסמכים ל-:

בית חולים מרכז רפואי Overlake
1035 116th Ave NE
Bellevue, WA 98004-9971
למסור לידי: שירותים פיננסיים למטופלים

הנך יכול להשתמש במעטפת ההחזרה המצורפת.
ודא להשאיר עותק אצלך.

ניידע אותך על ההחלטה הסופית בנוגע לזכאות וזכויות ערעור, אם רלוונטי, בתוך 14 יום מאז קבלת המועמדות המלאה לסיוע מימוני כולל מסמכים על הכנסות.

על ידי שליחה של מועמדות לסיוע מימוני, אתה נותן את הסכמתך לבצע את הבדיקות הנדרשות כדי לבדוק התחייבויות ומידע פיננסי.

**אנו רוצים לעזור. אנא שלח את הטופס המועמדות שלך במהרה!
אתה עלול לקבל חיובים עד שנקבל את המידע שלך.**

**טופס להגשת מועמדות לטיפול בצדקה/סיוע מימוני
מסווג**

אנא מלא את כל המידע בצורה מלאה. אם לא רלוונטי אנא רשום "NA". צרף עמודים נוספים אם נדרש.

ניפוי מידע

האם אתה צריך מתרגם? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> אם כן ציין שפה מועדפת:
האם המטופל ביקש סיוע רפואי? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> אולי יידרש שיבקש זאת לפני שילקח בחשבון בשביל סיוע מימוני
האם המטופל כרגע חסר בית? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>
האם הטיפול הרפואי הנדרש אצל המטופל קשור לתאונת דרכים או תאונת עבודה? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>

אנא שים לב

- אנו לא יכולים להבטיח שתימצא מתאים לסיוע מימוני, גם אם תיגש מועמדות.
- לאחר שאתה שולח את בקשת המועמדות שלך, אנו עשויים לבדוק את כל המידע ולשאול על מידע נוסף כהכנה להכנסה.
- בתוך 14 ימים קלנדרים לאחר שנקבל את הטופס המלא שלך והמסמכים, ניידע אותך אם נמצאת מתאים לסיוע.

מידע על המטופל והמועמד

שם המטופל	שם אמצעי של המטופל		שם משפחה של המטופל
<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/> אחר (יתכן ותצטרך לפרט _____)	תאריך לידה		מספר ביטוח לאומי (רשות*) *רשות אך נחוץ לסיוע יותר אדיב מעל דרישות חוק המדינה [???
אדם אחראי על תשלום החשבון	קשר למטופל	תאריך לידה	מספר ביטוח לאומי (רשות*) *רשות אך נחוץ לסיוע יותר אדיב מעל דרישות חוק המדינה [???
כתובת למשלוח דואר	טלפון ראשי ליצירת קשר () _____ () _____ כתובת דוא"ל: _____		
עיר יישוב מיקוד	מצב תעסוקתי של האדם האחראי לתשלום החשבון <input type="checkbox"/> שכיר (תאריך העסקה: _____) <input type="checkbox"/> מובטל (כמה זמן מובטל: _____) <input type="checkbox"/> עצמאי <input type="checkbox"/> סטודנט <input type="checkbox"/> נכה <input type="checkbox"/> פנסיונר <input type="checkbox"/> אחר (_____)		

מידע על המשפחה

מנה את בני המשפחה בבית שלך, כולל אותך. משפחה כוללת אנשים הקשורים בלידה, נישואין או אימוץ שגרים ביחד.
גודל המשפחה **צרף עמוד נוסף אם נדרש**

שם	תאריך לידה	קשר למטופל	אם מעל גיל 18: שם המעסיק (ים) או מקור הכנסה	אם מעל גיל 18: הכנסה ברוטו כוללת (לפני מיסים)	האם אתה גם מגיש מועמדות לסיוע פיננסי?
					כן / לא
					כן / לא

כן/לא					
כן/לא					
יש להצהיר על ההכנסות של כל בני המשפחה המבוגרים. מקורות הכנסה כוללים, לדוגמה: - משכורות - דמי אבטלה - הכנסות מעבודה עצמאית - תגמולי עובדים - נכות - SSI - קצבאות ילדים/בני זוג - תוכניות לעבודה ולימודים (סטודנטים) - פנסיה - קצבאות גמלאות - אחר (אנא פרט _____)					

**טופס להגשת מועמדות לטיפול בצדקה/סיוע מימוני
מסווג**

מידע על הכנסה

זכור: עליך לכלול הוכחה להכנסה עם הטופס המועמדות שלך.

עליך לספק מידע על הכנסת המשפחה שלך. אימות ההכנסה נדרש כדי להחליט על סיוע מימוני. כל בני המשפחה מעל גיל 18 צריכים להצהיר על ההכנסה שלהם. אם אינך יכול לספק מסמכים, עליך לשלוח הצהרה חתומה בכתב המתארת את ההכנסה שלך. אנא ספק הוכחה של כל מקור הכנסה מזוהה. דוגמאות להוכחות של הכנסה כוללים:

- הצהרת החזקת W-2
- או תלושי משכורת עכשוויים; או
- החזר מס מההכנסות של שנה שעברה, כולל לוחות זמנים אם ניתן; או
- הצהרות חתומות בכתב של מעסיקים או אחרים; או
- אישור/דחייה על זכאות לסיוע רפואי ו/או סיוע רפואי המבוסס במדינה; או
- אישור/דחייה של זכאות לדמי אבטלה.

אם אין לך הוכחת הכנסה או אי הכנסה, אנא צרף עמוד נוסף עם הסבר.

מידע נוסף

אנא צרף עמוד נוסף אם יש מידע נוסף על המצב הכלכלי שלך שתרצה שנדע, כגון קושי כלכלי, הכנסה עונתית או זמנית או אובדן אישי.

הסכם מטופל

אני מבין שמרכז רפואי בית חולים Overlake / מרפאות רפואיות Overlake LLC עשויים לאמת את המידע על ידי בדיקה של מידע על אשראי ובקבלת מידע ממקורות אחרים כדי לסייע בלקבוע זכאות לסיוע מימוני או תוכניות תשלום.

אני מאשר כי המידע הנ"ל אמיתי ונכון עד כמה שידוע לי. אני מבין שאם המידע שאני מוסר מתברר כשקר, התוצאה תהיה דחייה של סיוע פיננסי ואני אהיה אחראי לשירותים שסופקו ושאני צפוי לשלם עליהם.

_____ תאריך

_____ חתימה של המועמד