Asistență financiară
Instrucțiuni privind formularul de cerere

Aceasta este o cerere pentru asistență financiară (cunoscută și ca îngrijire caritabilă) în cadrul PeaceHealth.

PeaceHealth oferă asistență financiară în conformitate cu cerințele statale și federale persoanelor și familiilor care îndeplinesc anumite condiții în ceea ce privește veniturile. Este posibil să îndepliniți condițiile de eligibilitate pentru servicii gratuite sau la preț redus, în funcție de mărimea familiei și veniturile dumneavoastră, chiar dacă aveți asigurare de sănătate. Pentru a consulta Politica de Asistență financiară PeaceHealth și informații suplimentare, accesați **peacehealth.org**.

Ce acoperă asistența financiară?
Asistența financiară oferită de spital acoperă serviciile spitalicești corespunzătoare, furnizate de PeaceHealth în funcție de eligibilitatea dumneavoastră. Este posibil ca asistența financiară să nu acopere toate costurile medicale, cum ar fi serviciile oferite de alte organizații.

Dacă aveți întrebări sau aveți nevoie de ajutor pentru completarea acestei cereri: contactați Serviciul pentru clienți la 877-202-3597. Puteți obține ajutor din orice motiv, inclusiv în caz de dizabilități și pentru asistență legată de limbă.

Pentru ca cererea dumneavoastră să fie prelucrată, trebuie să procedați în felul următor:

- Să ne furnizați informații despre familia dumneavoastră
  Să completați numărul de membri ai familiei din gospodăria dumneavoastră (familia include persoanele înrudite prin naștere, căsătorie sau adopție care locuiesc împreună)
- Să ne furnizați informații despre venitul brut lunar al familiei dumneavoastră (venitul înainte de taxe și deduceri)
- Să furnizați documente cu privire la venitul familiei
- Să anexați mai multe informații, după caz
- Să semnați și să datați formularul

Trimiteți pe cale poștală, prin e-mail sau prin fax cererea completată împreună cu toate documentele la:
PeaceHealth Patient Financial Services, PO Box 748632, Los Angeles, CA 90074- 8632.
E-mail: financialassistance@peacehealth.org
Fax: (360) 729-3047. Aveți grijă să păstrați un exemplar pentru dumneavoastră

Pentru a preda cererea completată în persoană: pentru cel mai apropiat loc de predare, contactați Serviciul pentru clienți la 877-202-3597.

Vă vom înștiința cu privire la determinarea finală a eligibilității și drepturile la contestație, dacă se aplică, în termen de 14 zile calendaristice de la primirea unei cereri complete de asistență financiară, care include documentele cu privire la venituri.

Prin trimiterea unei cereri de asistență financiară, ne dați consimțământul de a lua măsurile necesare pentru confirmarea obligațiilor și informațiilor financiare.

Vrem să ajutăm. Vă rugăm să trimiteți cererea fără întârziere! Este posibil să primiți facturi până când vom primi informațiile dumneavoastră.

PeaceHealth

22-ADMIN-373800

Formular de cerere pentru Asistență financiară PeaceHealth - *DOCUMENT CONFIDENȚIAL*

Vă rugăm să răspundeți la fiecare întrebare. Dacă nu se aplică, scrieți „NA”. Anexați mai multe pagini, după caz.

TRIMITEȚI PE CALE POȘTALĂ CEREREA COMPLETATĂ LA PEACEHEALTH, PO BOX 748632, LOS ANGELES, CA 90074-8632

Numărul garantului

INFORMAȚII PENTRU EVALUARE

Aveți nevoie de un interpret? ❑ **Da** ❑ **Nu** *Dacă da, indicați limba preferată:* _____

Pacientul beneficiază de servicii de asistență publică statală, cum ar fi Medicaid, TANF, Basic Food sau WIC? (OPȚIONAL) ❑ **Da** ❑ **Nu**

În prezent, pacientul este o persoană fără adăpost? ❑ **Da** ❑ **Nu**

Nevoia medicală a pacientului are legătură cu un accident rutier sau un accident de muncă? ❑ **Da** ❑ **Nu**

OBSERVAȚII

- *Chiar dacă trimiteți cererea, nu putem garanta că veți îndeplini condițiile de eligibilitate pentru asistența financiară.*
- *După ce trimiteți cererea, este posibil să verificăm toate informațiile și să vă cerem mai multe informații sau dovezi cu privire la venituri.*

INFORMAȚII PRIVIND PACIENTUL ȘI SOLICITANTUL

Prenumele pacientului	Al doilea prenume al pacientului		Numele de familie al pacientului
❑ Bărbat ❑ Femeie ❑ Altceva; *puteți specifica:* _____	Data nașterii		Numărul de asigurare socială (nu este obligatoriu)
Persoana responsabilă pentru plata facturii	Relația cu pacientul	Data nașterii	*Observație: Nu trebuie să furnizați numărul de asigurare socială pentru a cere asistență financiară*
Adresa de corespondență			Număr (Numere) principal(e) de contact: _____ _____ _____) _____)
Oraș	Stat	Cod poștal	Adresă de e-mail: _____

Statutul profesional al persoanei responsabile pentru plata facturii

❑ **Angajat** *Data angajării:* _____ ❑ **Șomer** *De când este șomer:* _____

❑ **Desfășoară activitate independentă** ❑ **Student** ❑ **Persoană cu dizabilități** ❑ **Pensionar** ❑ **Altceva:** _____

INFORMAȚII DESPRE FAMILIE

Indicați membrii familiei dumneavoastră, incluzându-vă și pe dumneavoastră. „Familia” include persoanele înrudite prin naștere, căsătorie sau adopție care locuiesc împreună. **MĂRIMEA FAMILIEI** *Folosiți încă o foaie, după caz.*

Nume	Data nașterii	Relația cu pacientul	Dacă are 18 ani sau mai mult: Numele angajatorului (angajatorilor) sau sursa de venit	Dacă are 18 ani sau mai mult: Venitul total lunar BRUT (înainte de taxe):	Cere, de asemenea, asistență financiară?

Trebuie să fie menționate toate veniturile membrilor adulți ai familiei și trebuie să se trimită dovezi împreună cu cererea. Câteva exemple de surse de venit:

■ Salarii ■ Ajutor de șomaj ■ Activitate independentă ■ Despăgubiri acordate lucrătorilor ■ Dizabilități
■ Venit din asigurare suplimentară (Supplemental Security Income, SSI) ■ Pensie de întreținere a copiilor/soților
■ Programe de lucru și studiu (studenți) ■ Pensie ■ Distribuții din conturile de pensie ■ Altceva; *explicați:* _____

INFORMAȚII SUPLIMENTARE

Folosiți pagini suplimentare dacă există alte informații despre situația dumneavoastră financiară actuală pe care doriți să ni le transmiteți, cum ar fi dificultăți financiare, cheltuieli medicale excesive, venituri sezoniere sau temporare sau pierderi personale.

ACORDUL PACIENTULUI

- Înțeleg că PeaceHealth poate verifica informațiile prin examinarea informațiilor privind creditele și obținerea de informații din alte surse pentru a ajuta în determinarea eligibilității pentru asistență financiară sau planuri de plată.
- Confirm că informațiile de mai sus sunt adevărate și corecte după știința mea. Înțeleg că, dacă informațiile pe care le furnizez se dovedesc a fi false, rezultatul va fi refuzul asistenței financiare, iar responsabilitatea și obligația de a plăti serviciile furnizate îmi vor reveni mie.
- Prin trimiterea unei cereri de asistență financiară, ne dați consimțământul de a lua măsurile necesare pentru confirmarea obligațiilor și informațiilor.

_____ _____

Semnătura solicitantului Data

Dacă aveți întrebări sau aveți nevoie de ajutor pentru completarea acestei cereri: contactați Serviciul pentru clienți la 1-877-202-3597. Puteți obține ajutor din orice motiv, inclusiv în caz de dizabilități și pentru asistență legată de limbă. Pentru a consulta Politica de asistență financiară PeaceHealth și informații suplimentare, accesați peacehealth.org.

TRIMITEȚI PE CALE POȘTALĂ CEREREA COMPLETATĂ LA PEACEHEALTH, PO BOX 748632, LOS ANGELES, CA 90074-8632