

Asistență financiară

Instrucțiuni privind formularul de cerere

Aceasta este o cerere pentru asistență financiară (cunoscută și ca îngrijire caritabilă) de la 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 de îngrijire gratuite sau la preț redus, în funcție de dimensiunea familiei și veniturile dumneavoastră, chiar dacă aveți asigurare de sănătate.

Pentru a vedea Politica de asistență financiară PeaceHealth și informații suplimentare, vă rugăm să 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 cu îngrijirea medicală, inclusiv serviciile oferite de alte organizații.

Dacă aveți întrebări sau aveți nevoie de ajutor pentru completarea acestei cereri: Vă rugăm să contactați Serviciul de asistență pentru clienți (Customer Service) la numărul 877-202-3597. Puteți obține ajutor în baza oricărui motiv, inclusiv în caz de dizabilități și pentru asistență lingvistică.

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 ne furnizați documente cu privire la venitul familiei.
- Să anexați informații suplimentare, dacă este necesar.
- Să semnați și să datați formularul.

Observație: Nu este necesar să furnizați numărul de asigurare socială pentru a solicita asistență financiară. Dacă ne furnizați numărul dumneavoastră de asigurare socială, acest lucru va accelera prelucrarea cererii dumneavoastră. Numerele de asigurare socială sunt utilizate pentru a verifica informațiile care ne-au fost furnizate. Dacă nu aveți un număr de asigurare socială, vă rugăm să bifați „neaplicabil” sau „NA”.

Trimiteți prin poștă, e-mail sau 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 depune cererea completată în persoană: Pentru cel mai apropiat loc de depunere, vă rugăm să contactați Serviciul de asistență pentru clienți (Customer Service) la numărul 877-202-3597.

Vă vom înștiința cu privire la hotărârea finală privind eligibilitatea și drepturile la contestație, dacă se aplică, în termen de 14 zile calendaristice de la primirea unei cereri complete de asistență financiară, care include documente cu privire la venituri.

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

Dorim să ajutăm. Vă rugăm să trimiteți cererea fără întârziere! Este posibil să primiți facturi până când primim informațiile dumneavoastră.

Formular de cerere pentru Asistență financiară PeaceHealth - DOCUMENT CONFIDENTIAL

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

TRIMIȚEȚI 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 asistență 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; <i>puteți specifica:</i> _____	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 (studenti) ■ 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.

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