

วิธีสมัครขอรับความช่วยเหลือทางการเงิน

คำแนะนำในการกรอกใบสมัคร

ตามกฎหมายแล้ว ทุกโรงพยาบาลต้องให้ความช่วยเหลือทางการเงินแก่บุคคลและครอบครัวที่มีคุณสมบัติตรงตามข้อกำหนดบางประการ คุณอาจสามารถได้รับการรักษาฟรี หรือชำระค่าบริการบางอย่างในอัตราที่ลดลง โดยพิจารณาจากจำนวนสมาชิกและรายได้ของครอบครัว แม้ว่าคุณจะมีประกันสุขภาพก็ตาม หากต้องการดูนโยบายความช่วยเหลือทางการเงินของเรา โปรดไปที่ ohsu.edu/financial-assistance

ความช่วยเหลือทางการเงินครอบคลุมอะไรบ้าง

- บริการบางรายการอาจไม่เข้าเกณฑ์ คุณจะต้องตรวจสอบให้แน่ใจก่อนเข้ารับบริการว่าบริการดังกล่าวอยู่ในความครอบคลุม สำหรับรายการบริการที่**เราไม่ครอบคลุม** สามารถดูได้ในนโยบายความช่วยเหลือทางการเงินของเราที่ ohsu.edu/financial-assistance
- หากคุณได้รับการอนุมัติสำหรับความช่วยเหลือทางการเงิน ก็**ไม่ได้รับประกัน**ว่าคุณจะได้รับบริการ
- หากคุณมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ของ Medicaid หรือโปรแกรมอื่น ๆ เราขอแนะนำให้สมัครโปรแกรมที่ Medicaid หรือโปรแกรมอื่น ๆ อาจมีสิทธิประโยชน์ที่มากกว่า

ขั้นตอนการกรอกแบบฟอร์มใบสมัคร



- 1 กรอกข้อมูลเกี่ยวกับตัวคุณและครอบครัวของคุณ
 - คุณ**ไม่จำเป็นต้อง**ระบุหมายเลขประกันสังคมของคุณ
 - หนึ่งครัวเรือน หมายถึง บุคคลคนเดียว คู่สมรส หรือคู่ชีวิตที่จดทะเบียน (แม้จะไม่ได้ระบุไว้ในแบบแสดงรายการภาษีเงินได้ของคุณก็ตาม) รวมถึงบุคคลใด ๆ ในความอุปการะที่คุณระบุไว้ในแบบแสดงรายการภาษีเงินได้โดยทั่วไปแล้ว บุตรที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปีถือว่าเป็นบุคคลในความอุปการะ ตัวอย่างของครัวเรือน ได้แก่:
 - คู่สมรสที่จดทะเบียนถูกต้องตามกฎหมาย (หรือคู่ชีวิต) ที่อาศัยอยู่ร่วมกัน รวมถึงบุตรในความอุปการะที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี และบุคคลใดก็ตามที่อาศัยอยู่ในหรือนอกครัวเรือนซึ่งคู่สมรสระบุไว้ในแบบแสดงรายการภาษีเงินได้ของตน
 - คู่รักที่ไม่ได้แต่งงานกันแต่มีบุตรร่วมกันตั้งแต่หนึ่งคนขึ้นไป ในกรณีที่บุตรคนนั้นเป็นผู้ป่วย
 - บุคคลที่ไม่ใช่พลเมืองสหรัฐฯ แต่มีผู้สนับสนุนทางการเงิน รวมถึงผู้สนับสนุน และครอบครัวของผู้สนับสนุน
- 2 กรอกข้อมูลเกี่ยวกับรายได้รวมของครัวเรือนของคุณ (รายได้ก่อนหักภาษีและรายการลดหย่อนต่าง ๆ)
- 3 แจ้งและแสดงหลักฐานทรัพย์สินต่าง ๆ เพื่อช่วยให้เราพิจารณาได้ว่าคุณมีสิทธิตามโปรแกรม Medicaid หรือไม่
- 4 แนบเอกสารข้อมูลอื่น ๆ ทั้งหมดที่เราร้องขอ
- 5 ลงชื่อและลงวันที่ในแบบฟอร์มขอรับความช่วยเหลือทางการเงิน

หากต้องการความช่วยเหลือในการกรอกใบสมัคร โปรดโทรติดต่อ **503-494-8551** วันจันทร์ถึงวันศุกร์ เวลา 9 a.m.-4:30 p.m.

เอกสารที่ต้องแนบมาพร้อมกับแบบฟอร์ม



โปรดส่งสำเนาฉบับล่าสุดของเอกสารทั้งหมดตามด้านล่างที่เกี่ยวข้องกับคุณ เราไม่สามารถส่งคืนเอกสารต้นฉบับให้แก่คุณได้

- ☐ **หลักฐานยืนยันที่อยู่อาศัย** ส่งเอกสารใดเอกสารหนึ่งต่อไปนี้: ใบแจ้งค่าสาธารณูปโภคในชื่อของคุณ สัญญาเช่า ใบแจ้งยอดสินค้าเชื่อ ที่อยู่อาศัยของคุณ สำเนาใบอนุญาตขับขี่หรือบัตรประชาชนของคุณ เราอาจขอหลักฐานยืนยันที่อยู่อาศัยเพิ่มเติม คุณต้องเป็นผู้พำนักอาศัยอยู่ในสหรัฐอเมริกาและไม่มีแผนจะย้ายออกไปนอกประเทศ
- ☐ **สลิปเงินเดือน** สำหรับช่วง 3 เดือนเต็มล่าสุด หากคุณไม่มีสลิปเงินเดือน คุณสามารถส่งหนังสือจากนายจ้างของคุณที่แสดงรายได้รวมของคุณสำหรับช่วง 3 เดือนเต็มล่าสุดมาแทน *การนับรายได้จะนับในเดือนที่ได้รับเงิน (วันที่จ่ายเงิน) ไม่ใช่เดือนที่มีการทำงาน เพื่อให้ได้รายได้นั้น*
- ☐ **แบบแสดงรายการภาษีเงินได้** ของปีที่ยื่นล่าสุด รวมถึงเอกสารประกอบใด ๆ (เช่น Schedule C สำหรับรายได้จากการประกอบอาชีพอิสระ)
- ☐ **หนังสือรับรองสิทธิประโยชน์ด้านประกันสังคม ทหารผ่านศึก หรือเงินบำนาญ หรือเทียบเท่า**
- ☐ **หนังสือแจ้งผลการวินิจฉัยคำขอรับสิทธิประโยชน์การว่างงาน** จากกองการจัดหางานประจำรัฐ
- ☐ **เอกสารแสดงเงินค่าอุปการะเลี้ยงดูบุตร และ/หรือ เงินค่าเลี้ยงดูคู่สมรส**
- ☐ **เอกสารแสดงรายได้จากการประกอบอาชีพอิสระ หรือ งบกำไรขาดทุน** สำหรับช่วง 3 เดือนเต็มล่าสุด
- ☐ **เอกสารยืนยันแหล่งรายได้อื่นใดที่ระบุไว้ในใบสมัครของคุณ** รวมถึงรายได้จากดอกเบี้ย เงินปันผล หรือแหล่งรายได้ประจำอื่นใด
- ☐ **ใบแจ้งรายการเดินบัญชีธนาคารหรือสหกรณ์เครดิต (Credit Union)** สำหรับบัญชีกระแสรายวันและบัญชีออมทรัพย์
- ☐ **เอกสารแสดงยอดเงินฝาก รายการซื้อขายหุ้น พันธบัตร หรือบัญชีการลงทุน**

การยื่นแบบฟอร์ม



- เราจะแจ้งให้คุณทราบว่าคุณมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การได้รับความช่วยเหลือทางการเงินหรือไม่ภายใน **3 สัปดาห์** หลังจากที่เราได้รับใบสมัครที่กรอกข้อมูลครบถ้วนและเอกสารประกอบของคุณ
- คุณยังคงได้รับใบเรียกเก็บเงินในระหว่างที่เราพิจารณาใบสมัครของคุณ

ทางไปรษณีย์:

Oregon Health & Science University
Patient Financial Services, RPB07
3181 SW Sam Jackson Park Road
Portland, OR 97239-3098
แฟกซ์: 503-418-2377
อีเมล: sfr@ohsu.edu

หากต้องการยื่นเอกสารด้วยตนเอง:

โปรดโทรติดต่อ 503-494-8551
เพื่อพิจารณาสถานที่ที่อยู่ใกล้คุณมากที่สุด



แบบฟอร์มใบสมัครขอรับความช่วยเหลือทางการเงิน

โปรดกรอกข้อมูลทั้งหมดให้ครบถ้วน หากข้อใดไม่เกี่ยวข้องกับคุณ ให้เขียน "NA" หากพื้นที่ไม่เพียงพอ สามารถแนบกระดาษเพิ่มเติมได้

ข้อมูลสำหรับการคัดกรอง

คุณต้องการล่ามหรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ หากใช่ โปรดระบุภาษาที่ต้องการ:
ผู้ป่วยได้สมัครโปรแกรม Medicaid หรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
ผู้ป่วยได้รับบริการความช่วยเหลือจากรัฐ เช่น TANF, Basic Food หรือ WIC หรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
ปัจจุบันผู้ป่วยเป็นคนไร้บ้านหรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
การรักษาพยาบาลของผู้ป่วยเกี่ยวข้องกับอุบัติเหตุทางรถยนต์หรือการบาดเจ็บจากการทำงานหรือไม่ ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่
ผู้ป่วยต้องการขอรับความช่วยเหลือทางการเงินจากสถานพยาบาลใด ☐ Hillsboro Medical Center ☐ OHSU

โปรดทราบ

- เราไม่สามารถรับประกันได้ว่าคุณจะมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การได้รับความช่วยเหลือทางการเงิน แม้ว่าคุณจะยื่นใบสมัครก็ตาม
- เมื่อคุณส่งใบสมัครแล้ว เราอาจตรวจสอบข้อมูลทั้งหมด และอาจขอข้อมูลหรือหลักฐานแสดงรายได้เพิ่มเติม
- เราจะแจ้งให้คุณทราบว่า คุณมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การได้รับความช่วยเหลือหรือไม่ ภายใน 21 วันหลังจากที่เราได้รับใบสมัครที่กรอกข้อมูลครบถ้วนและเอกสารประกอบของคุณ

ข้อมูลผู้ป่วยและผู้สมัคร

ชื่อผู้ป่วย	ชื่อกลางผู้ป่วย	นามสกุลผู้ป่วย	
☐ ชาย ☐ หญิง ☐ อื่น ๆ (สามารถระบุ _____)	วันเดือนปีเกิด	หมายเลขประกันสังคมของผู้ป่วย (ไม่บังคับ)	
บุคคลที่รับผิดชอบการชำระค่ารักษาพยาบาล	ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	วันเดือนปีเกิด	
		หมายเลขประกันสังคม (ไม่บังคับ)	
ที่อยู่ทางไปรษณีย์ (รวมถึงที่อยู่ตามจริง หากไม่ตรงกับที่อยู่ทางไปรษณีย์) _____ _____			หมายเลขโทรติดต่อหลัก () _____ () _____
เมือง	รัฐ	รหัสไปรษณีย์	ที่อยู่อีเมล: _____

สถานะการจ้างงานของบุคคลที่รับผิดชอบการชำระค่ารักษาพยาบาล
☐ มีงานทำ (วันที่ได้รับการว่าจ้าง: _____) ☐ว่างงาน (ระยะเวลาที่ว่างงาน: _____)
☐ ประกอบอาชีพอิสระ ☐ นักเรียน/นักศึกษา ☐ ทพพลภาพ ☐ เกษียณ ☐ อื่น ๆ (_____)

ข้อมูลครอบครัว

ระบุสมาชิกในครัวเรือน/ครอบครัวที่คุณเป็นผู้รับผิดชอบทางการเงิน รวมถึงตัวคุณเอง โปรดดูคำแนะนำสำหรับคำจำกัดความและตัวอย่างของครัวเรือน

จำนวนสมาชิกในครอบครัว _____

หากพื้นที่ไม่เพียงพอ สามารถแนบกระดาษเพิ่มเติมได้

ชื่อ	วันเดือนปีเกิด	ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	ชื่อนายจ้าง หรือแหล่งรายได้	จำนวนรายได้รวมทั้งหมดต่อเดือน (ก่อนหักภาษี):	สมัครขอรับความช่วยเหลือทางการเงินด้วยหรือไม่
					ใช่ / ไม่ใช่
					ใช่ / ไม่ใช่
					ใช่ / ไม่ใช่
					ใช่ / ไม่ใช่

ต้องเปิดเผยข้อมูลรายได้ที่มาจากการทำงานและที่ไม่ได้มาจากการทำงานของสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ใหญ่ทุกคน โปรดระบุรายได้ที่ไม่ได้มาจากการทำงานของบุคคลใน ครอบครัวที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี ตัวอย่างของแหล่งรายได้ ได้แก่:

- ค่าจ้าง - เงินชดเชยการว่างงาน - รายได้จากการประกอบอาชีพอิสระ - เงินชดเชยจากการทำงาน - เงินช่วยเหลือกรณีทุพพลภาพ
- สิทธิประโยชน์ SSI - ค่าเลี้ยงดูบุตร/คู่สมรส - โปรแกรมการทำงานระหว่างเรียน (นักศึกษา) - เงินบำนาญ
- เงินที่จ่ายออกจากบัญชีเพื่อการเกษียณอายุ - อื่น ๆ (โปรดอธิบาย) _____



ข้อมูลรายได้

โปรดอย่าลืม: คุณต้องแนบหลักฐานแสดงรายได้มาพร้อมกับใบสมัครของคุณ

คุณต้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับรายได้ของครอบครัวของคุณ ต้องมีการยืนยันรายได้เพื่อพิจารณาการได้รับความช่วยเหลือทางการเงิน

สมาชิกในครอบครัวทุกคนต้องเปิดเผยข้อมูลรายได้ของตน โปรดแสดงหลักฐานของแหล่งรายได้ที่ระบุทั้งหมด โปรดดูเอกสารหน้าแรกสำหรับรายการทั้งหมดของข้อกำหนดเกี่ยวกับรายได้ ตัวอย่างของหลักฐานแสดงรายได้ ได้แก่:

- สลิปเงินเดือนปัจจุบัน (3 เดือน) และ
- แบบแสดงรายการภาษีเงินได้ของปีที่แล้ว รวมถึงเอกสารประกอบต่าง ๆ (หากเกี่ยวข้อง) และ
- หนังสือรับรองที่เป็นลายลักษณ์อักษรและลงชื่อโดยนายจ้างหรือนักธุรกิจอื่น ๆ และ
- หนังสือแจ้งอนุมัติ/ปฏิเสธการมีคุณสมบัติสำหรับ Medicaid และ/หรือความช่วยเหลือด้านการรักษาพยาบาลที่รัฐให้เงินสนับสนุน และ
- หนังสือแจ้งอนุมัติ/ปฏิเสธการมีคุณสมบัติสำหรับเงินชดเชยการว่างงาน
- ใบแจ้งรายการเดินบัญชีจากสถาบันการเงิน

หากคุณไม่มีรายได้ โปรดแนบกระดาษเพิ่มเติมเพื่อเขียนคำอธิบาย

ข้อมูลค่าใช้จ่าย

ไม่บังคับ อาจนำมาใช้ในบางกรณีเพื่อให้เห็นภาพรวมเกี่ยวกับสถานการณ์ทางการเงินของคุณได้ครบถ้วนยิ่งขึ้น

ค่าใช้จ่ายรายเดือนของครัวเรือน:

ค่าเช่า/สินเชื่ที่อยู่อาศัย \$ _____ ค่ารักษาพยาบาล \$ _____
ค่าเบี้ยประกัน \$ _____ ค่าสาธารณูปโภค \$ _____
หนี้สิน/ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ \$ _____ (ค่าเลี้ยงดูบุตร เงินกู้ ค่ายา และอื่น ๆ)

ข้อมูลทรัพย์สิน

ข้อมูลนี้จะนำไปใช้เพื่อพิจารณาการมีคุณสมบัติสำหรับบางโปรแกรมของ Medicaid

ไม่ได้ใช้เพื่อพิจารณาความช่วยเหลือทางการเงิน

ยอดคงเหลือปัจจุบันในบัญชีกระแสรายวัน
\$ _____

ยอดคงเหลือปัจจุบันในบัญชีออมทรัพย์
\$ _____

ครอบครัวของคุณมีทรัพย์สินอื่น ๆ ต่อไปนี้หรือไม่

โปรดเลือกทุกข้อที่เกี่ยวข้อง

- ☐ หุ้น ☐ พันธบัตร ☐ บัญชีออมทรัพย์เพื่อสุขภาพ ☐ ทรัสต์
☐ อสังหาริมทรัพย์ (ไม่รวมที่อยู่อาศัยหลัก) ☐ เป็นเจ้าของธุรกิจ

ข้อมูลเพิ่มเติม

โปรดแนบกระดาษเพิ่มเติมหากมีข้อมูลอื่น ๆ เกี่ยวกับสถานการณ์ทางการเงินในปัจจุบันที่คุณต้องการแจ้งให้เราทราบ เช่น ความเดือดร้อนทางการเงิน ค่ารักษาพยาบาลที่สูงมาก รายได้ตามฤดูกาลหรือรายได้แบบชั่วคราว หรือการสูญเสียส่วนบุคคล

ข้อตกลงของผู้ป่วย

ข้าพเจ้าเข้าใจดีว่า OHSU Health อาจตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลโดยการตรวจสอบข้อมูลเครดิตและการขอข้อมูลจากแหล่งข้อมูลอื่น ๆ เพื่อช่วยในการพิจารณาคุณสมบัติสำหรับความช่วยเหลือทางการเงินหรือแผนการชำระเงิน

ข้าพเจ้าขอยืนยันว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงและถูกต้องตามความรู้และความเข้าใจของข้าพเจ้า ข้าพเจ้ารับทราบว่า หากพบว่าข้อมูลทางการเงินที่ข้าพเจ้าให้ไว้เป็นเท็จ อาจส่งผลให้คำขอรับความช่วยเหลือทางการเงินถูกปฏิเสธ และข้าพเจ้าอาจต้องรับผิดชอบและถูกเรียกให้ชำระค่าบริการที่ได้รับ

ลายมือชื่อของผู้สมัคร

วันที่