

## Hjälp med vårdkostnader/ekonomisk hjälp – konfidentiellt

Detta är en ansökan om ekonomisk hjälp (även kallat 'charity care', vårdkostnader) från Overlake Hospital Medical Center (OHMC) och/eller Overlake Medical Clinics, LLC (OMC).

**Staten Washington State kräver att alla sjukhus ger ekonomisk hjälp** till personer och familjer som bemöter vissa inkomstkrav. Du kan vara berättigad till gratis vård eller vård till ett sänkt pris baserat på din familjs storlek och inkomst, även om du har en sjukförsäkring. *Policyn för ekonomisk hjälp kan ses på [www.overlakehospital.org/financialpolicies](http://www.overlakehospital.org/financialpolicies)*

**Vad täcker den ekonomiska hjälpen?** Den ekonomiska hjälpen täcker passande tjänster tillhandahållna av OHMC och/eller OMC, beroende på din behörighet. Den ekonomiska hjälpen täcker eventuellt inte alla sjukvårdskostnader, inklusive tjänster tillhandahållna av andra organisationer.

**Om du har frågor eller behöver hjälp med att fylla i denna ansökan:** Ring vår ekonomiska hjälpkoordinator på telefon 425-635-6239. Du kan få hjälp för alla orsaker inklusive invaliditet och språkhjälp.

**För att din ansökan ska kunna behandlas måste du:**

- Ge oss upplysningar om din familj**  
Fyll i antalet familjemedlemmer i ditt hushåll (familj omfattar personer relaterade genom födsel, äktenskap eller adoption och som bor tillsammans).
- Ge oss upplysningar om din familjs bruttoinkomst per månad (inkomst före skatt och avdrag)**
- Tillhandahålla dokumentation över familjens inkomst**
- Bifoga ytterligare upplysningar om det behövs**
- Skriva under och datera formuläret**

**Observera: Du behöver inte ange ditt personnummer (SSN, Social Security number) för att ansöka om ekonomisk hjälp.** Om du tillhandahåller ditt personnummer vill det påskynda behandlingen av din ansökan. Personnumren används för att bekräfta de upplysningar du har givit oss. Om du inte har ett personnummer ska du ange "ej tillämpligt" eller "ET".

**Skicka in ansökan med all dokumentation till:**

Overlake Hospital Medical Center  
1035 116th Ave NE  
Bellevue, WA 98004-9971  
Attn: Patient Financial Services

Du kan använda det bifogade kuvertet till försändelsen.  
Se till att behålla en kopia till dig själv.

Vi meddelar den slutliga avgörelsen om behörighet och rätten att överklaga om tillämpligt inom 14 kalenderdagar efter mottagandet av en fullständig ansökan om ekonomisk hjälp, inklusive dokumenterad inkomst.

När du skickar in en ansökan om ekonomisk hjälp, ger du tillstånd till att vi gör nödvändiga undersökningar för att bekräfta ekonomiska förpliktelser och upplysningar.

**Vi vill hjälpa till. Skicka in din ansökan så snart som möjligt!  
Du kanske hinner får räkningar innan vi har mottagit dina upplysningar.**

## Ansökningsformulär för hjälp med vårdkostnader/ekonomisk hjälp – konfidentiellt

*Se till att alla angivna upplysningar är fullständiga. Om något inte är tillämpligt skriver du "ET". Bifoga ytterligare upplysningar om det behövs*

### KONTROLLINFORMATION

Har du behov av en tolk? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <i>Om ja, ange önskat språk:</i>
Har patienten ansökt om Medicaid? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <i>Kan behöva ansöka om det innan ekonomisk hjälp kan övervägas</i>
Är patienten för närvarande hemlös? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Är patientens behov för sjukvård relaterad till en bilolycka eller en arbetsskada? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

### OBSERVERA

- Vi kan inte garantera att du är kvalificerad till ekonomisk hjälp, även om du ansöker om det.
- När du har skickat in din ansökan gör vi eventuellt en kontroll av alla dina upplysningar och kan även komma att be om ytterligare upplysningar eller inkomstintyg.
- Inom 14 dagar efter att vi har mottagit din ansökan och dokumentation får du besked om du är kvalificerad för hjälp.

### UPPLYSNINGAR OM PATIENT OCH DEN ANSÖKANDE

Patientens förnamn  <input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Kvinna <input type="checkbox"/> Annat (specificera _____)	Patientens mellannamn	Patientens efternamn
	Födelsedatum	Personnummer (SSN) (ej obligatoriskt*)  <small>*ej obligatoriskt, men behövs för mer generös hjälp som överskrider kraven i den statliga lagtexten [???]</small>
Personen som ansvarar för betalning av räkning	Förhållande till patienten	Födelsedatum
		Personnummer (SSN) (ej obligatoriskt*)  <small>*ej obligatoriskt, men behövs för mer generös hjälp som överskrider kraven i den statliga lagtexten [???]</small>
Postadress  _____		Huvudsakligt/huvudsakliga kontaktnummer ( ) _____ ( ) _____
Ort	Stat	Postnummer
E-postadress: _____		
Anställningsstatus för den person som ansvarar för betalning av räkning <input type="checkbox"/> <b>Anställd</b> (anställningsdatum: _____) <input type="checkbox"/> <b>Arbetslös</b> (arbetslös för hur länge: _____) <input type="checkbox"/> <b>Egenföretagare</b> <input type="checkbox"/> <b>Student</b> <input type="checkbox"/> <b>Invalidiserad</b> <input type="checkbox"/> <b>Pensionerad</b> <input type="checkbox"/> <b>Övrigt</b> (_____)		

### UPPLYSNINGAR OM FAMILJEN

Lista hushållets familjemedlemmar inklusive dig själv. "Familj" omfattar personer som är relaterade till varandra genom födsel, äktenskap eller adoption, och som bor tillsammans.

**FAMILJENS STORLEK** \_\_\_\_\_

*Bifoga vid behov ytterligare sidor*

Namn	Födelsedatum	Förhållande till patienten	Om 18 år eller äldre: Arbetsgivares namn eller källa till inkomst:	Om 18 år eller äldre: Total bruttoinkomst per månad (före skatt):	Ansöks det även om ekonomisk hjälp?
					Ja / Nej
					Ja / Nej

					Ja / Nej
					Ja / Nej
<b>Inkomsten för alla vuxna familjemedlemmar måste anges. Inkomstkälla omfattar till exempel:</b> - Lön - Arbetslös - Egenföretagare - Arbetsersättning - Invaliditet - SSI - Barnbidrag/underhållsbidrag - Praktiska studieprogram (studenter) - Pension - Utbetalning från pensionsförsäkring - Övrigt (förklaring_____)					

## Ansökningsformulär för hjälp med vårdkostnader/ekonomisk hjälp – konfidentiellt

### INKOMSTUPPLYSNINGAR

**KOM IHÅG ATT:** Du måste bifoga inkomstintyg med din ansökan.

Du måste tillhandahålla upplysningar om din familjs inkomst. Verifiering av inkomst krävs för att bestämma ekonomisk hjälp.

**Alla familjemedlemmar som är 18 år eller äldre måste upplysa deras inkomst. Om du inte kan tillhandahålla någon dokumentation så kan du skicka in ett skriftligt, underskrivet utlåtande som beskriver din inkomst. Tillhandahålla intyg för alla identifierade inkomstkällor.**

**Exempel på inkomstintyg omfattar:**

- Ett "W-2"-utlåtande om lön och skatt, eller
- Aktuella lönesedlar (3 månader), eller
- Förra årets självdeklaration inklusive scheman om tillämpligt, eller
- Skriftliga, underskrivna utlåtanden från arbetsgivare eller andra, eller
- Godkännande/avslag för behörighet till Medicaid och/eller statligt betald medicinsk hjälp, eller
- Godkännande/avslag på behörighet till arbetslöshetskompensation.

Om du inte har något inkomstintyg eller någon inkomst, vänligen bifoga en förklaring över detta.

### YTTERLIGARE UPPLYSNINGAR

Lägg till ytterligare en sida om du har ytterligare upplysningar om din nuvarande ekonomiska situation som anser vi ska känna till, såsom ekonomiska svårigheter, säsongsberoende eller tillfällig inkomst, eller personlig förlust.

### PATIENTAVTAL

Jag förstår att Overlake Hospital Medical Center/Overlake Medical Clinics LLC kan komma att bekräfta upplysningar genom att granska kreditupplysningar och hämta upplysningar från andra källor som hjälp till att avgöra behörighet till ekonomisk hjälp eller betalningsplaner

Jag bekräftar att ovanstående upplysningar såvitt jag känner till är sanna och korrekta. Jag är införstådd i att om de upplysningar jag har lämnat visar sig vara falska, så vill det leda till ett avslag på ansökan om ekonomisk hjälp och jag kommer att vara ansvarig för och förväntas betala för de tjänster som har tillhandahållits.

\_\_\_\_\_  
Den ansökandes underskrift

\_\_\_\_\_  
Datum