

## ചാരിറ്റി കെയർ/ഫിനാൻഷ്യൽ അസിസ്റ്റൻസ് അപേക്ഷാ ഫോം നിർദ്ദേശങ്ങൾ

ഓവർലേക്ക് ഹോസ്പിറ്റൽ മെഡിക്കൽ സെന്ററിലും (OHMC) ഒപ്പം/അല്ലെങ്കിൽ ഓവർലേക്ക് മെഡിക്കൽ ക്ലിനിക്സ് LLC-യിലും (OMC) ഫിനാൻഷ്യൽ അസിസ്റ്റൻസിനുള്ള (ചാരിറ്റി കെയർ എന്നും ഇത് അറിയപ്പെടുന്നു) അപേക്ഷയാണിത്.

നിശ്ചിത വരുമാന ആവശ്യകതകൾ നിറവേറ്റുന്ന ആളുകൾക്കും കുടുംബങ്ങൾക്കും എല്ലാ ആശുപത്രികളും സാമ്പത്തിക സഹായം നൽകണമെന്ന് വാഷിംഗ്ടൺ സ്റ്റേറ്റ് നിഷ്കർഷിക്കുന്നു. നിങ്ങൾക്ക് ആരോഗ്യ ഇൻഷുറൻസ് ഉണ്ടെങ്കിൽ തന്നെ, നിങ്ങളുടെ കുടുംബ വലുപ്പത്തെയും വരുമാനത്തെയും അടിസ്ഥാനമാക്കി, സൗജന്യ പരിചരണമോ കുറഞ്ഞ നിരക്കിൽ പരിചരണമോ ലഭിക്കുന്നതിന് നിങ്ങൾക്ക് അർഹതയുണ്ടായേക്കാം. *ഫിനാൻഷ്യൽ അസിസ്റ്റൻസ് നയം നിങ്ങൾക്ക് [www.overlakehospital.org/financialpolicies](http://www.overlakehospital.org/financialpolicies) എന്ന വിലാസത്തിൽ കാണാവുന്നതാണ്.*

എന്തിനൊക്കെയാണ് ഫിനാൻഷ്യൽ അസിസ്റ്റൻസിൽ പരിരക്ഷ ലഭിക്കുന്നത്? നിങ്ങളുടെ യോഗ്യതയെ അടിസ്ഥാനമാക്കി, OHMC ഒപ്പം/അല്ലെങ്കിൽ OMC നൽകുന്ന ഉചിതമായ സേവനങ്ങൾക്കാണ് ഫിനാൻഷ്യൽ അസിസ്റ്റൻസിൽ പരിരക്ഷ ലഭിക്കുന്നത്. മറ്റ് സ്ഥാപനങ്ങൾ നൽകുന്ന സേവനങ്ങൾ ഉൾപ്പെടെ, എല്ലാ ആരോഗ്യപരിപാലന ചെലവുകൾക്കും ഫിനാൻഷ്യൽ അസിസ്റ്റൻസ് പരിരക്ഷ നൽകിയേക്കില്ല.

നിങ്ങൾക്ക് ചോദ്യങ്ങൾ ഉണ്ടെങ്കിലോ ഈ അപേക്ഷ പൂരിപ്പിക്കുന്നതിന് സഹായം ആവശ്യമാണെങ്കിലോ: ദയവായി ഞങ്ങളുടെ ഫിനാൻഷ്യൽ അസിസ്റ്റൻസ് കോർഡിനേറ്ററെ 425-635-6239 എന്ന നമ്പറിൽ വിളിക്കുക. ശാരീരിക വൈകല്യം ഭാഷാ പിന്തുണ എന്നിവ ഉൾപ്പെടെ, എന്തെങ്കിലും കാരണങ്ങളാൽ സഹായം ആവശ്യമാണെങ്കിൽ നിങ്ങൾക്ക് ലഭിക്കും.

### നിങ്ങളുടെ അപേക്ഷ പ്രോസസ്സുചെയ്യുന്നതിന്, നിങ്ങൾ:

- നിങ്ങളുടെ കുടുംബത്തെ കുറിച്ചുള്ള വിവരങ്ങൾ ഞങ്ങൾക്ക് നൽകണം  
നിങ്ങളുടെ വീട്ടിൽ എത്ര കുടുംബാംഗങ്ങൾ ഉണ്ടെന്ന് പൂരിപ്പിക്കുക  
(കുടുംബത്തിൽ ജനനം, വിവാഹം, ദത്ത് എന്നിവയാൽ ബന്ധുക്കളായവരും ഒരിമിച്ച് താമസിക്കുന്നവരുമായ ആളുകൾ ഉൾപ്പെടുന്നു)
- നിങ്ങളുടെ കുടുംബത്തിന്റെ മൊത്ത പ്രതിമാസ വരുമാനത്തെ (നികുതികൾ, കിഴിവുകൾ എന്നിവയ്ക്ക് മുമ്പുള്ള വരുമാനം) കുറിച്ചുള്ള വിവരങ്ങൾ നൽകണം
- കുടുംബ വരുമാനത്തിന്റെ രേഖ നൽകണം
- ആവശ്യമെങ്കിൽ അധിക വിവരങ്ങൾ അറ്റാച്ചുചെയ്യണം
- ഫോമിൽ ഒപ്പിടുകയും തീയതി ചേർക്കുകയും ചെയ്യണം

**ശ്രദ്ധിക്കുക:** ഫിനാൻഷ്യൽ അസിസ്റ്റൻസിന് അപേക്ഷിക്കുന്നതിന് നിങ്ങൾ സോഷ്യൽ സെക്യൂരിറ്റി നമ്പർ നൽകേണ്ടതില്ല. നിങ്ങൾ സോഷ്യൽ സെക്യൂരിറ്റി നമ്പർ നൽകുകയാണെങ്കിൽ, നിങ്ങളുടെ അപേക്ഷ വേഗത്തിൽ പ്രോസസ്സുചെയ്യാൻ കഴിയും. നിങ്ങൾക്ക് നൽകുന്ന വിവരങ്ങൾ പരിശോധിച്ച് ഉറപ്പിക്കുന്നതിനാണ് സോഷ്യൽ സെക്യൂരിറ്റി നമ്പറുകൾ ഉപയോഗിക്കുന്നത്. നിങ്ങൾക്ക് സോഷ്യൽ സെക്യൂരിറ്റി നമ്പർ ഇല്ലെങ്കിൽ, “ബാധകമല്ല” എന്നോ “NA” എന്നോ അടയാളപ്പെടുത്തുക.

പൂർത്തിയാക്കിയ അപേക്ഷ, എല്ലാ രേഖകൾക്കും ഒപ്പം, ഇനിപ്പറയുന്ന വിലാസത്തിലേക്ക് അയച്ചുകൊടുക്കുക അല്ലെങ്കിൽ ഫാക്സ് ചെയ്യുക:

Overlake Hospital Medical Center  
 1035 116th Ave NE  
 Bellevue, WA 98004-9971  
 ശ്രദ്ധയ്ക്ക്: പേഷ്യന്റ് ഫിനാൻഷ്യൽ സർവീസസ്

മറുപടി അയയ്ക്കുന്നതിന് ഇതിൽ വച്ചിട്ടുള്ള എൻവലപ്പ് നിങ്ങൾക്ക് ഉപയോഗിക്കാവുന്നതാണ്.

ഒരു പകർപ്പ് നിങ്ങളുടെ പക്കലും ഉണ്ടെന്ന് ഉറപ്പാക്കുക.

വരുമാന രേഖ ഉൾപ്പെടെ, പൂർത്തിയാക്കിയ ഫിനാൻഷ്യൽ അപേക്ഷ ഞങ്ങൾക്ക് ലഭിച്ചുകഴിഞ്ഞ് 14 കലണ്ടർ ദിവസങ്ങൾക്കുള്ളിൽ, യോഗ്യതയുടെ അന്തിമ നിർണ്ണയത്തെ കുറിച്ചും, ബാധകമെങ്കിൽ, അപ്പീൽ ചെയ്യാനുള്ള അവകാശങ്ങളെ കുറിച്ചും നിങ്ങളെ ഞങ്ങൾ അറിയിക്കും.

ഫിനാൻഷ്യൽ അസിസ്റ്റൻസ് അപേക്ഷ സമർപ്പിക്കുക വഴി, സാമ്പത്തിക ബാധ്യതകളും വിവരങ്ങളും സ്ഥിരീകരിക്കുന്നതിന് ആവശ്യമായ അന്വേഷണങ്ങൾ നടത്തുന്നതിനുള്ള സമ്മതം നിങ്ങൾ ഞങ്ങൾക്ക് തരികയാണ്.

## ഞങ്ങൾ സഹായിക്കാൻ ആഗ്രഹിക്കുന്നു സമയത്തിന് നിങ്ങളുടെ അപേക്ഷ സമർപ്പിക്കുക!

### ചാരിറ്റി കെയർ / ഫിനാൻഷ്യൽ അസിസ്റ്റൻസ് അപേക്ഷാ ഫോം - രഹസ്യസ്വഭാവമുള്ളത്

എല്ലാ വിവരങ്ങളും പൂർണ്ണമായി പൂരിപ്പിക്കുക. എന്തെങ്കിലും ബാധകമല്ലെങ്കിൽ "NA" എന്ന് എഴുതുക. ആവശ്യമെങ്കിൽ അധിക വിവരങ്ങൾ അറ്റാച്ചുചെയ്യുക.

സ്ക്രീനിംഗ് വിവരങ്ങൾ
നിങ്ങൾക്കൊരു ദ്വിഭാഷിയെ ആവശ്യമാണോ? <input type="checkbox"/> വേണം <input type="checkbox"/> വേണ്ട <i>വേണമെങ്കിൽ, ഇഷ്ടമുള്ള ഭാഷ തിരഞ്ഞെടുക്കുക:</i>
മെഡിക്കലെയ്ഡിനായി രോഗി അപേക്ഷിച്ചിട്ടുണ്ടോ? <input type="checkbox"/> ഉണ്ട് <input type="checkbox"/> ഇല്ല <i>ഫിനാൻഷ്യൽ അസിസ്റ്റൻസിന് പരിഗണിക്കപ്പെടുന്നതിന് മുമ്പായി ഇതിന് അപേക്ഷിക്കുന്നത് ആവശ്യമായി വന്നേക്കാം</i>
നിലവിൽ രോഗിക്ക് വീടില്ലേ? <input type="checkbox"/> ഉണ്ട് <input type="checkbox"/> ഇല്ല
രോഗിയുടെ മെഡിക്കൽ പരിചരണ ആവശ്യം ഒരു കാർ അപകടവുമായോ ജോലിസ്ഥല പരിക്കുമായോ ബന്ധപ്പെട്ടതാണോ? <input type="checkbox"/> അതെ <input type="checkbox"/> അല്ല

#### ശ്രദ്ധിക്കുക

- നിങ്ങൾ അപേക്ഷിക്കുന്നുവെങ്കിലും, ഫിനാൻഷ്യൽ അസിസ്റ്റൻസിനായി നിങ്ങൾക്ക് യോഗ്യതയുണ്ടാകും എന്ന് ഉറപ്പുനൽകാൻ ഞങ്ങൾക്ക് കഴിയില്ല.
- നിങ്ങൾ അപേക്ഷ അയച്ചുകഴിഞ്ഞാൽ, ഞങ്ങൾ എല്ലാ വിവരങ്ങളും പരിശോധിക്കുകയും അധിക വിവരങ്ങളോ വരുമാനത്തിന്റെ രേഖയോ ചോദിക്കുകയും ചെയ്തേക്കാം.
- അപേക്ഷയും രേഖകളും ഞങ്ങൾക്ക് ലഭിച്ചുകഴിഞ്ഞ് 14 കലണ്ടർ ദിവസങ്ങൾക്കുള്ളിൽ, അസിസ്റ്റൻസിന് നിങ്ങൾക്ക് യോഗ്യതയുണ്ടോ എന്ന് നിങ്ങളെ ഞങ്ങൾ അറിയിക്കും.

**രോഗിക്കും അപേക്ഷകനുമുള്ള വിവരങ്ങൾ**

രോഗിയുടെ പേരിന്റെ ആദ്യഭാഗം	രോഗിയുടെ പേരിന്റെ മധ്യഭാഗം		രോഗിയുടെ പേരിന്റെ അവസാനഭാഗം
<input type="checkbox"/> ആൺ <input type="checkbox"/> പെൺ <input type="checkbox"/> മറ്റുള്ളവ (വ്യക്തമാക്കാവുന്നതാണ് _____)	ജനന തീയതി		സോഷ്യൽ സെക്യൂരിറ്റി നമ്പർ (നിർബന്ധമല്ല*)  *നിർബന്ധമല്ല, എന്നാൽ സ്റ്റേറ്റ് നിയമ ആവശ്യകതകൾക്ക് മുകളിലുള്ളതും കൂടുതൽ ഉഭാരവുമായ സഹായത്തിന് ആവശ്യമാണ് [???]
ബിൽ അടയ്ക്കുന്നതിന് ഉത്തരവാദിത്തമുള്ള വ്യക്തി	രോഗിയുമായുള്ള ബന്ധം	ജനന തീയതി	സോഷ്യൽ സെക്യൂരിറ്റി നമ്പർ (നിർബന്ധമല്ല*)  *നിർബന്ധമല്ല, എന്നാൽ സ്റ്റേറ്റ് നിയമ ആവശ്യകതകൾക്ക് മുകളിലുള്ളതും കൂടുതൽ ഉഭാരവുമായ സഹായത്തിന് ആവശ്യമാണ് [???]
തപാൽ വിലാസം	(പ്രധാന സമ്പർക്ക നമ്പർ(കൾ) ( ) _____ ( ) _____ ഇമെയിൽ വിലാസം: _____		
നഗരം	സ്റ്റേറ്റ്	സിപി കോഡ്	
ബിൽ അടയ്ക്കുന്നതിന് ഉത്തരവാദിത്തമുള്ള വ്യക്തിയുടെ തൊഴിൽ നില <input type="checkbox"/> ജോലി ചെയ്യുന്നു (ജോലിക്കെടുത്ത തീയതി: _____) <input type="checkbox"/> ജോലിയില്ല (എത്രകാലമായി തൊഴിൽരഹിതനാണ്: _____) <input type="checkbox"/> സ്വയം തൊഴിൽ <input type="checkbox"/> വിദ്യാർത്ഥി <input type="checkbox"/> ഭിന്നശേഷിയുള്ളയാൾ <input type="checkbox"/> വിരമിച്ചു <input type="checkbox"/> മറ്റുള്ളവ (_____ )			

**കുടുംബ വിവരങ്ങൾ**

നിങ്ങൾ അടക്കം, നിങ്ങളുടെ വീട്ടിലുള്ള കുടുംബാംഗങ്ങളെ ലിസ്റ്റുചെയ്യുക. "കുടുംബ"ത്തിൽ ജനനം, വിവാഹം, ദത്ത് എന്നിവയാൽ ബന്ധുക്കളായവരും ഒരുകൂട്ടർ താമസിക്കുന്നവരുമായ ആളുകൾ ഉൾപ്പെടുന്നു.

കുടുംബ വലുപ്പം \_\_\_\_\_

ആവശ്യമെങ്കിൽ

അധിക പേജുകൾ ചേർക്കുക

പേര്	ജനന തീയതി	രോഗിയുമായുള്ള ബന്ധം	18 വയസ്സോ അതിൽ കൂടുതലോ ആണെങ്കിൽ തൊഴിലുടമയുടെ (തൊഴിലുടമകളുടെ) പേരോ വരുമാനത്തിന്റെ ഉറവിടമോ	18 വയസ്സോ അതിൽ കൂടുതലോ ആണെങ്കിൽ മൊത്തത്തിലുള്ള ആകെ പ്രതിമാസ വരുമാനം (നികുതിക്ക് മുമ്പ്):	ഫിനാൻഷ്യൽ അസിസ്റ്റൻസിനും അപേക്ഷിക്കുന്നുണ്ടോ?
					ഉണ്ട്/ഇല്ല
					ഉണ്ട്/ഇല്ല

					ഉണ്ട്/ഇല്ല
					ഉണ്ട്/ഇല്ല

പ്രായപൂർത്തിയായ എല്ലാ കുടുംബാംഗങ്ങളുടെയും വരുമാനം വെളിപ്പെടുത്തണം. വരുമാന സ്രോതസ്സുകളിൽ, ഇനിപ്പറയുന്നവ ഉൾപ്പെടെ, ഉൾപ്പെടുന്നു:

- വേതനം - തൊഴിൽരാഹിത്യം - സ്വയം തൊഴിൽ - തൊഴിലാളിക്കുള്ള നഷ്ടപരിഹാരം - ഭിന്നശേഷി
- SSI - ശിശു/പങ്കാളി പിന്തുണ
- വർക്ക് സ്റ്റഡി പ്രോഗ്രാമുകൾ (വിദ്യാർത്ഥികൾ) - പെൻഷൻ - റിട്ടയർമെന്റ് അക്കൗണ്ട് ഡിസ്ക്രിബ്യൂഷനുകൾ - മറ്റുള്ളവ (വിശദീകരിക്കുക \_\_\_\_\_)

### ചാരിറ്റി കെയർ / ഫിനാൻഷ്യൽ അസിസ്റ്റൻസ് അപേക്ഷാ ഫോം - രഹസ്യസ്വഭാവമുള്ളത്

#### വരുമാന വിവരങ്ങൾ

ഓർമ്മിക്കുക: അപേക്ഷയ്ക്കൊപ്പം വരുമാന രേഖയും നിങ്ങൾ ഉൾപ്പെടുത്തണം.

കുടുംബത്തിന്റെ വരുമാനത്തെ കുറിച്ചുള്ള വിവരങ്ങളും നിങ്ങൾ നൽകണം. ഫിനാൻഷ്യൽ അസിസ്റ്റൻസ് നിർണ്ണയിക്കുന്നതിന് വരുമാനം പരിശോധിച്ചുറപ്പിക്കുന്നത് ആവശ്യമാണ്. 18 വയസ്സും അതിൽ കൂടുതലും പ്രായമുള്ള എല്ലാ കുടുംബാംഗങ്ങളും അവരുടെ വരുമാനം വെളിപ്പെടുത്തണം. നിങ്ങൾക്ക് രേഖ നൽകാൻ കഴിയുകയില്ലെങ്കിൽ, നിങ്ങളുടെ വരുമാനം വിവരിച്ചുകൊണ്ടുള്ള രേഖാമൂലവും ഒപ്പിട്ടതുമായ ഒരു പ്രസ്താവന നിങ്ങൾക്ക് സമർപ്പിക്കാവുന്നതാണ്. തിരിച്ചറിഞ്ഞിട്ടുള്ള ഓരോ വരുമാന സ്രോതസ്സിനും രേഖ നൽകുക. വരുമാന രേഖയുടെ ഉദാഹരണങ്ങളിൽ ഇനിപ്പറയുന്നവ ഉൾപ്പെടുന്നു:

- ഒരു “W-2” വിൽ ഹോൾഡിംഗ് സ്റ്റേറ്റ്മെന്റ്; അല്ലെങ്കിൽ
- നിലവിലെ പേ സ്റ്റബുകൾ (3 മാസത്തിലെ); അല്ലെങ്കിൽ
- കഴിഞ്ഞ വർഷത്തെ വരുമാന നികുതി സമർപ്പിച്ചതിന്റെ രേഖകൾ. ബാധകമെങ്കിൽ ഷെഡ്യൂളുകൾ ഉൾപ്പെടെ; അല്ലെങ്കിൽ
- തൊഴിലുടമകളിൽ നിന്നോ മറ്റുള്ളവരിൽ നിന്നോ രേഖാമൂലമുള്ളതും ഒപ്പിട്ടതുമായ പ്രസ്താവന; അല്ലെങ്കിൽ
- മെഡിക്കലെയ്ഡിനുള്ള ഒപ്പം/അല്ലെങ്കിൽ സ്റ്റേറ്റ് ധനസഹായം ചെയ്യുന്ന മെഡിക്കൽ അസിസ്റ്റൻസിനുള്ള യോഗ്യതയുടെ അനുമതി / നിരസിക്കൽ; അല്ലെങ്കിൽ
- തൊഴിലില്ലായ്മ വേതനത്തിനുള്ള യോഗ്യതയുടെ അനുമതി / നിരസിക്കൽ; അല്ലെങ്കിൽ.

നിങ്ങൾക്ക് വരുമാന രേഖയോ വരുമാനമോ ഇല്ലെങ്കിൽ, വിശദീകരണം നൽകുന്നതിന് ഒരു അനുബന്ധ പേജ് ചേർക്കുക.

#### അനുബന്ധ വിവരങ്ങൾ :

സാമ്പത്തിക പരാധീനത, സീസൺ അനുസരിച്ചുള്ള അല്ലെങ്കിൽ താൽക്കാലിക വരുമാനം അല്ലെങ്കിൽ വ്യക്തിപരമായ ധനനഷ്ടം എന്നിങ്ങനെ, നിങ്ങളുടെ നിലവിലെ സാമ്പത്തിക നിലയെ കുറിച്ച് ഞങ്ങൾ അറിയണമെന്ന് നിങ്ങൾ കരുതുന്ന മറ്റെന്തെങ്കിലും വിവരങ്ങൾ ഉണ്ടെങ്കിൽ ഒരു അനുബന്ധ പേജ് ചേർക്കുക.



**രോഗി ഉടമ്പടി**

ഫിനാൻഷ്യൽ അസിസ്റ്റൻസിനായുള്ള അല്ലെങ്കിൽ പേയ്മെന്റ് പദ്ധതികൾക്കായുള്ള യോഗ്യത നിർണ്ണയിക്കുന്നതിന് സഹായിക്കാൻ ക്രെഡിറ്റ് വിവരങ്ങൾ അവലോകനം ചെയ്തുകൊണ്ടും മറ്റ് ഉറവിടങ്ങളിൽ നിന്ന് വിവരങ്ങൾ നേടിയെടുത്തുകൊണ്ടും ഓവർലേക്ക് ഹോസ്പിറ്റൽ സെന്റർ / ഓവർലേക്ക് മെഡിക്കൽ ക്ലിനിക്സ് LLC എന്റെ വിവരങ്ങൾ പരിശോധിച്ചുറപ്പിക്കുമെന്ന് ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു.

മുകളിൽ നൽകിയിരിക്കുന്ന വിവരങ്ങൾ എന്റെ അറിവിൽ പെട്ടിടത്തോളം സത്യവും കൃത്യവും ആണെന്ന് ഞാൻ ഇതിനാൽ പ്രസ്താവിക്കുന്നു. നൽകിയിരിക്കുന്ന വിവരങ്ങൾ തെറ്റാണെന്ന് നിർണ്ണയിക്കപ്പെട്ടാൽ, ഫിനാൻഷ്യൽ അസിസ്റ്റൻസ് നിരസിക്കപ്പെടലാണ് അതിന്റെ അനന്തരഫലമെന്നും എനിക്ക് നൽകിയിട്ടുള്ള സേവനങ്ങൾ പണമടയ്ക്കേണ്ടത് തുടർന്ന് എന്റെ ഉത്തരവാദിത്തമാണെന്നും ഞാനത് അടയ്ക്കുമെന്നാണ് പ്രതീക്ഷിക്കപ്പെടുന്നതെന്നും ഞാൻ മനസ്സിലാക്കുന്നു.

അപേക്ഷിക്കുന്ന വ്യക്തിയുടെ ഒപ്പ് \_\_\_\_\_

തീയതി \_\_\_\_\_