

## Ücretsiz veya Düşük Fiyatla Sağlık Hizmeti / Mali Yardım Başvuru Formu Yönergeleri

Bu Overlake Hastahanesi Tıp Merkezi (OHMC) ve/veya Overlake Kliniklerinde, LLC (OMC) mali yardım için (ücretsiz veya düşük fiyatla sağlık hizmeti olarak da bilinir) bir başvurudur.

**Washington Eyaleti tüm hastahanelerin** belirli gelir şartlarını karşılayan kişilere ve ailelere **mali yardım sağlamasını gerektirmektedir**. Sağlık sigortanız olsa bile ailenizin büyüklüğü ve gelirinize dayalı olarak ücretsiz sağlık hizmeti veya düşük fiyatla sağlık hizmetine hak kazanabilirsiniz. *Mali yardım politikası [www.overlakehospital.org/financialpolicies](http://www.overlakehospital.org/financialpolicies) adresinden incelenebilir.*

**Mali yardım neyi kapsar?** Mali yardım hak kazanabilirliğinize dayalı olarak OHMC ve/veya OMC tarafından sağlanan uygun hizmetleri kapsar. Mali yardım başka kuruluşlar tarafından sağlanan hizmetler dahil, tüm sağlık hizmetleri maliyetlerini kapsamayabilir.

**Bu başvuruyu doldurmak için sorularınız veya yardıma ihtiyacınız varsa:** Lütfen 425-635-6239 no.lu telefondan Mali Yardım Koordinatörümüzü arayın. İş göremezlik ve dil yardımı dahil herhangi bir nedenle yardım alabilirsiniz.

**Başvurunuzun işleme konulması için, aşağıdakileri yapmanız gerekmektedir:**

- Aileniz hakkında bilgi verin**  
Evinizdeki aile üyelerinin sayısını yazın (aile doğum, evlilik, veya evlat edinme yoluyla akraba olan ve birlikte yaşayan kişileri içerir)
- Ailenizin brüt aylık geliri hakkında bilgi verin (verginin ve kesintilerden önceki gelir)**
- Aile geliriyle ilgili belgeleri sağlayın**
- Gerekirse ek bilgi ekleyin**
- Formu imzalayın ve tarih atın**

Not Mali yardım başvurusu yapmak için bir Sosyal Güvenlik numarası vermek zorunda değilsiniz. Sosyal Güvenlik numaranızı bize bildirirseniz başvurunuzun işleme konulmasını hızlandırmaya yardım edecektir. Sosyal Güvenlik numaraları bize verilen bilgileri doğrulamak için kullanılmaktadır. Bir Sosyal Güvenlik numaranız yoksa, lütfen "Uygulanamaz" veya "NA" işareti koyun.

**Doldurulmuş başvuruyu tüm belgelerle birlikte aşağıdaki adrese postalayın veya fakslayın:**

Overlake Hospital Medical Center  
1035 11th Ave NE  
Bellevue, WA 98004-9971  
Dikkatine: Hasta Mali Hizmetleri

Ekli iade zarfını kullanabilirsiniz.  
Mutlaka bir kopyayı kendinize saklayın.

Kesin hak kazanırlık ve, varsa, itiraz haklarından tam bir mali yardım başvurusunu gelir belgeleri dahil aldıktan sonraki 14 takvim günü içinde sizi haberdar edeceğiz.

Mali yardım başvurusu sunarak, mali yükümlülükler ve bilgileri teyit etmek için gerekli soruşturmaları yapmamıza onay vermektediresiniz.

**Yardımcı olmak istiyoruz. Lütfen başvurunuzu zamanında sunun!  
Bilgilerinizi almamıza kadar faturalar alabilirsiniz.**

**ya Düşük Fiyatla Sağlık Hizmeti / Mali Yardım Formu – gizli**

Lütfen tüm bilgileri tam olarak doldurun. Geçerli değilse, "NA" yazın. Gerekirse ek sayfalar koyun.

**TARAMA BİLGİLERİ**

Çevirmene ihtiyacınız var mı? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır Evetse, tercih edilen dili listeleyin:
Hasta Medicaid (Yoksullar için Sağlık Yardımı) başvurusu yaptı mı? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır Mali yardım dikkate alınmadan önce başvurulması gerekebilir
Hasta halen evsiz mi? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Hastanın tıbbi bakım ihtiyacı bir araba kazası veya iş hasarıyla mı ilgili? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır

**LÜTFEN KAYDEDİN**

- Başvuru yapsanız bile mali yardıma hak kazanacağınızı garanti edemeyiz.
- Başvurunuzu gönderdikten sonra, tüm bilgileri kontrol edebilir ve ek bilgiler veya gelir kanıtı isteyebiliriz.
- Yardıma hak kazanıp kazanmadığınızı size doldurulmuş başvurunuz ve belgeleri almamızdan sonraki 14 takvim günü içinde bildireceğiz.

**HASTA VE BAŞVURU SAHİBİ BİLGİLERİ**

Hastanın ön adı	Hastanın göbek adı	Hastanın soyadı
<input type="checkbox"/> Erkek <input type="checkbox"/> Kadın <input type="checkbox"/> Diğer (belirtebilir _____)	Doğum Tarihi	Sosyal Güvenlik Numarası (isteğe bağlı*) <i>*isteğe bağlı, ama eyalet yasaları şartları üstünde daha cömert yardım için gerekli [???]</i>
Faturaları Ödemekten Sorumlu Kişi	Hastayla İlişkisi	Doğum Tarihi
		Sosyal Güvenlik Numarası (isteğe bağlı*) <i>*isteğe bağlı, ama eyalet yasaları şartları üstünde daha cömert yardım için gerekli [???]</i>
Posta Adresi	Ana telefon numarası (numaraları) ( ) _____ ( ) _____	
Şehir	Eyalet	Posta Kodu
E-posta Adresi: _____		
Faturaları ödemekten sorumlu kişinin çalışma durumu <input type="checkbox"/> Çalışıyor (İşe alınma tarihi: _____) <input type="checkbox"/> İşsiz (ne kadardır işsiz: _____) <input type="checkbox"/> Serbest Meslek <input type="checkbox"/> Öğrenci <input type="checkbox"/> Engelli <input type="checkbox"/> Emekli <input type="checkbox"/> Diğer ( _____ )		

**AİLE BİLGİSİ**

Siz dahil evinizdeki aile üyelerini sıralayın. "Aile" doğum, evlilik, veya evlat edinme yoluyla akraba olan ve birlikte yaşayan kişileri içerir.

**AİLE BÜYÜKLÜĞÜ** \_\_\_\_\_

*Gerekirse ek sayfa koyun*

Ad	Doğum Tarihi	Hastayla ilişkisi	18 yaşında veya daha büyüse: İşverenin (işverenlerin) adı veya gelir kaynağı	18 yaşında veya daha büyüse: Brüt toplam aylık gelir (vergiler öncesi):	Mali yardım başvurusu da yapılıyor mu?
					Evet / Hayır
					Evet / Hayır
					Evet / Hayır
					Evet / Hayır

**Tüm yetişkin aile üyelerinin gelirinin açıklanması gerekir. Gelir kaynakları şunları içerir, örneğin:**

- Ücretler - İşsizlik - Serbest Meslek - İşçi tazminatı - Engellilik - SSI - Çocuk / eş desteği
- İş çalışma programları (öğrenciler) - Emekli aylığı - Emeklilik planı dağıtımları - Diğer (lütfen açıklayın \_\_\_\_\_)

**Ücretsiz veya Düşük Fiyatla Sağlık Hizmeti / Mali Yardım – gizli****GELİR BİLGİLERİ**

**UNUTMAYIN:** Başvurunuzla birlikte gelir kanıtını da koymanız gerekir.

**Ailenizin geliri konusunda bilgi vermeniz gerekir. Mali yardımı belirlemek için gelir doğrulaması gerekmektedir.**

**18 yaşında veya daha büyük tüm aile üyelerinin gelirlerini açıklamaları gerekir. Belge sağlayamazsanız, gelirinizi açıklayan imzalı yazılı bir beyan sunabilirsiniz. Belirtilen her gelir kaynağının kanıtını koyun.**

**Gelir kanıtlarının örnekleri şunları içerir:**

- "W-2" stopaj beyanı; veya
- Güncel maaş makbuzları (3 aylık); veya
- Son yılın gelir vergisi beyannameleri, mevcutsa çizelgeler dahil; veya
- İşverenlerden veya başkalarından yazılı, imzalı beyanlar; veya
- Medicaid ve/veya eyaletin karşıladığı sağlık yardımına hak kazanılmasının onayı / reddi; veya
- İşsizlik tazminatına hak kazanılmasının onayı / reddi; veya

Gelir kanıtınız veya geliriniz yoksa, lütfen ek bir sayfada açıklayın.

**EK BİLGİLER**

Mevcut mali durumunuz hakkında, mali bir zorluk, mevsimsel veya geçici gelir, veya kişisel zarar gibi bilmemizi istediğiniz başka bilgiler varsa lütfen ek bir sayfa koyun.

**HASTA ANLAŞMASI**

Overlake Hastahanesi Tıp Merkezi / Overlake Kliniklerinin LLC mali yardım ve ödeme planlarına hak kazanırlığı belirlemede yardımcı olması için kredi bilgilerini inceleyerek ve başka kaynaklardan bilgi alarak bilgileri doğrulayabileceğini anladım.

Yukarıdaki bilgilerin bildiğim kadarıyla gerçek ve doğru olduğunu tasdik ederim. Verdiğim bilgilerin yalan olduğu saptanırsa, sonucun mali yardımın reddi olacağını, ve verilen hizmetlerin ödenmesinden sorumlu olacağımı ve ödememin beklendiğini anladım.

\_\_\_\_\_  
Başvuruda bulunan kişinin imzası

\_\_\_\_\_  
Tarih