

மருத்துவக் கவனிப்புத் தொண்டு / நிதியுதவி விண்ணப்பப் படிவ அறிவுறுத்தல்கள்

இது, ஓவர்லேக் மருத்துவமனை மருத்துவ மையம் (OHMC) மற்றும்/அல்லது ஓவர்லேக் மருத்துவச் சிகிச்சைமையங்களில் LLC (OMC) பெறுகிற நிதியுதவிக்கானதோர் (இதை மருத்துவக் கவனிப்புத் தொண்டு என்றும் அறிகிறோம்) விண்ணப்பப் படிவமாகும்

வாஷிங்டன் மாநில அரசிற்கு, ஒருசில வருமானத் தேவைகளைச் சந்திக்கிறவர்கள் மற்றும் குடும்பங்களுக்கு அனைத்து மருத்துவமனைகளும் நிதியுதவியை வழங்குவது அவசியமாகிறது. உங்களுக்கு சுகாதாரக் காப்பீடு இருந்தாலும் கூட, உங்களது குடும்பத்தின் அளவின் அடிப்படையிலும், வருமானத்தின் அடிப்படையிலும் நீங்கள் இலவச மருத்துவக் கவனிப்பு அல்லது குறைந்த செலவிலான மருத்துவக் கவனிப்பைப் பெறுவதற்குத் தகுதியடையலாம். நிதியுதவிக் கொள்கையை, www.overlakehospital.org/financialpolicies என்ற இணைய முகவரியில் பார்வையிடலாம்

நிதியுதவி எதற்குப் பாதுகாப்பளிக்கிறது? நிதியுதவித் திட்டமானது, உங்களது தகுதியைப் பொருத்து, OHMC மற்றும்/அல்லது OMC வழங்குகிற உரிய சேவைகளுக்குப் பாதுகாப்பளிக்கிறது. இந்நிதியுதவித் திட்டம், மற்ற ஸ்தாபனங்கள் வழங்குகிற சேவைகள் உள்ளிட்ட, அனைத்துச் சுகாதாரக் கவனிப்புச் செலவுகளுக்கும் பாதுகாப்பளிக்காமல் போகலாம்.

இந்த விண்ணப்பத்தைப் பூர்த்தி செய்வது குறித்து உங்களிடம் கேள்வியோ அல்லது இதில் உங்களுக்கு உதவி தேவைப்பட்டால்: தயவுசெய்து எங்களது நிதியுதவி ஒருங்கிணைப்பாளர் அவர்களை 425-635-6239 என்ற எண்ணில் அழையுங்கள். ஊனம் மற்றும் மொழி உதவி உள்ளிட்ட எந்தக் காரணத்திற்கும் நீங்கள் உதவி பெறலாம்.

உங்களது விண்ணப்பத்தின் பேரில் நடவடிக்கை எடுப்பதற்கு, நீங்கள் செய்தாக வேண்டியது:

- உங்களது குடும்பம் குறித்த தகவலை எங்களுக்குத் தாருங்கள்
உங்களது வீட்டில் உள்ள குடும்ப உறுப்பினர்களின் எண்ணிக்கையைப் பூர்த்தி செய்யுங்கள் (குடும்பம் என்பதில், ஒன்றாகச் சேர்ந்து வாழ்கிற, பிறப்பு, திருமணம், அல்லது தத்து எடுப்பதன் மூலமாக உறவைக் கொண்டுள்ளவர்கள் அடங்குகிறார்கள்)
- உங்களது குடும்பத்தின் மொத்த மாதாந்திர வருமானம் குறித்த தகவலை எங்களுக்குத் தாருங்கள் (வரிகள் மற்றும் பிடித்தங்களுக்கு முன் இருக்கிற வருமானம்)
- குடும்ப வருமானத்திற்கான அத்தாட்சி ஆவணத்தை வழங்குங்கள்
- தேவையானால் கூடுதல் தகவல்களை இணையுங்கள்
- படிவத்தில் கையொப்பமிட்டுத் தேதியிடுங்கள்

குறிப்பு: நிதியுதவித் திட்டத்திற்கு விண்ணப்பிப்பதற்கு நீங்கள் சமுதாயப் பாதுகாப்பு எண்ணைத் தர வேண்டியதில்லை. நீங்கள் உங்களது சமுதாயப் பாதுகாப்பு எண்ணை எங்களிடம் தருகிறீர்கள் என்றால், அது உங்களது விண்ணப்பத்தின் பேரில் எடுக்கும் நடவடிக்கையை துரிதப்படுத்த உதவும். சமுதாயப் பாதுகாப்பு எண்களை, எங்களுக்குத் தருகிற தகவல்களைச் சரிபார்க்கவே உபயோகிக்கிறோம். உங்களுக்கு சமுதாயப் பாதுகாப்பு எண் ஒன்று இல்லை என்றால், தயவுசெய்து “பொருந்தாது” எனவோ அல்லது “NA” எனவோ குறியிடுங்கள்.

அனைத்து ஆவணங்களையும் சேர்த்து, விண்ணப்பத்தை அஞ்சல் செய்யுங்கள் அல்லது தொலைநகலில் கீழ்க்காணும் முகவரிக்கு அனுப்பி வைப்புகள்:

ஓவர்லேக் மருத்துவமனை மருத்துவ மையம்
 1035 116th Ave NE
 பெல்லேவூ, WA 98004-9971
 கவனம்: நோயாளி நிதிச்சேவைகள்

நீங்கள் இத்துடன் இணைத்துள்ளத் திருப்பி அனுப்பும் உறையை உபயோகித்துக் கொள்ளலாம்.
 உங்களுக்கென்று ஒரு நகலை வைத்துக் கொள்ளப் பாருங்கள்.

பொருந்துமானால், வருமானம் குறித்த ஆவணம் உட்பட, நிதியுதவி கோரி விண்ணப்பிக்கும் பூர்த்தி செய்த விண்ணப்பத்தைப் பெற்றுக் கொண்ட 14 நாட்காட்டி நாட்களுக்குள், நாங்கள் உங்களது தகுதி மற்றும் மேல்முறையீட்டு உரிமைகள் குறித்த இறுதித் தீர்மானிப்பு குறித்து உங்களுக்கு அறிவிப்போம்.

நிதியுதவி விண்ணப்பம் ஒன்றைச் சமர்ப்பிப்பதன் வாயிலாக, நிதித் கடமைகள் மற்றும் தகவல்களை உறுதி செய்வதற்குத் தேவையான விசாரணைகளை மேற்கொள்வதற்கு நீங்கள் உங்களது ஒப்புதலை எங்களுக்குக் கொடுக்கிறீர்கள்.

**நாங்கள் உதவி செய்யவே விரும்புகிறோம். விண்ணப்பத்தை உரிய நேரத்தில் சமர்ப்பியுங்கள்!
 உங்களது தகவல்கள் எங்களுக்குக் கிடைக்கும் வரை உங்களுக்கு கட்டண இரசீதுகள் வந்து
 கொண்டிருக்கலாம்.**

மருத்துவக் கவனிப்புத் தொண்டு / நிதியுதவி விண்ணப்பப் படிவம் - இரச்சியம்

தயவுசெய்து அனைத்துத் தகவல்களையும் முழுமையாகப் பூர்த்தி செய்யுங்கள். ஒரு விஷயம் உங்களுக்குப் பொருந்தாது என்றால், "NA" என்று எழுதி விடுங்கள். தேவையானால் கூடுதல் பக்கங்களை இணையுங்கள்.

தகுதிகளும் தகவல்கள்

உங்களுக்கு மொழிபெயர்ப்பாளர் ஒருவர் தேவையா? ஆம் இல்லை தேவை என்றால், உங்களது விருப்ப மொழியைச் சொல்லுங்கள்:

நோயாளியானவர் 'மெடிக்கெய்டு' திட்டத்திற்கு விண்ணப்பித்திருக்கிறாரா? ஆம் இல்லை உங்களை நிதியுதவித் திட்டத்திற்குப் பரிசீலிப்பதற்கு முன்பாக, இதற்கு விண்ணப்பிப்பது அவசியமாகலாம்

நோயாளியானவர் தற்போது வசிக்க வீடில்லாமல் இருக்கிறாரா? ஆம் இல்லை

நோயாளியானவரின் மருத்துவக் கவனிப்புத் தேவையானது, ஒரு கார் விபத்து அல்லது பணியில் ஏற்பட்ட காயத்தோடு தொடர்புடையதா? ஆம் இல்லை

தயவுசெய்து குறித்துக் கொள்ளுங்கள்

- நிதியுதவித் திட்டத்திற்கு நீங்கள் தகுதியடைந்து விடுவீர்கள் என்பதை எங்களால் உத்திரவாதமளிக்க முடியாது.
- நீங்கள் உங்களது விண்ணப்பத்தை அனுப்பி வைத்ததும், அதிலுள்ள தகவல்கள் அனைத்தையும் நாங்கள் சரிபார்த்து விட்டு, கூடுதல் தகவல்களை அல்லது வருமான அத்தாட்சியைத் தருமாறு உங்களிடம் கேட்கலாம்.
- உங்களது பூர்த்தி செய்த விண்ணப்பத்தைப் பெற்றுக் கொண்ட பிறகு 14 நாட்காட்டி நாட்களுக்குள், நீங்கள் நிதியுதவிக்குத் தகுதியடைகிற பட்சத்தில் நாங்கள் அதனை உங்களுக்கு அறிவிப்போம்.

நோயாளி மற்றும் விண்ணப்பத் தகவல்கள்

நோயாளியானவரின் முதல் பெயர்	நோயாளியானவரின் நடுப் பெயர்	நோயாளியானவரின் இறுதிப் பெயர்
<input type="checkbox"/> ஆண் <input type="checkbox"/> பெண் <input type="checkbox"/> மற்றவர் (குறிப்பிடலாம் _____)	பிறந்த தேதி	சமுதாயப் பாதுகாப்பு எண் (விருப்பம் சார்ந்தது*) <small>*விருப்பம் சார்ந்தது தான், ஆனால் மாநிலச் சட்டத் தேவைகளுக்கு மேல் இன்னும் அதிகத் தாராளமான நிதியுதவியைப் பெறுவதற்கு அவசியமாகிறது [???</small>
கட்டண இரச்சிதற்குப் பணம் செலுத்தப் பொறுப்பேற்கிறவர்	நோயாளியுடனான உறவுமுறை	பிறந்த தேதி சமுதாயப் பாதுகாப்பு எண் (விருப்பம் சார்ந்தது*) <small>*விருப்பம் சார்ந்தது தான், ஆனால் மாநிலச் சட்டத் தேவைகளுக்கு மேல் இன்னும் அதிகத் தாராளமான நிதியுதவியைப் பெறுவதற்கு அவசியமாகிறது [???</small>
அஞ்சல் முகவரி _____ நகரம் மாநிலம் _____ தபால் குறியீடு _____		முதன்மைத் தொடர்பு எண்கள் () _____ () _____ மின்னஞ்சல் முகவரி: _____
கட்டண இரச்சிதற்குப் பணம் செலுத்தப் பொறுப்பேற்கும் நபரது வேலைவாய்ப்பு நிலை <input type="checkbox"/> வேலையிலிருப்பவர் (பணியில் சேர்ந்த தேதி: _____) <input type="checkbox"/> வேலையில்லாதவர் (எவ்வளவு காலமாக வேலையில்லாமல் இருக்கிறார்: _____) <input type="checkbox"/> சுயதொழில் செய்பவர் <input type="checkbox"/> மாணவர் <input type="checkbox"/> மாற்றுத்திறனாளி <input type="checkbox"/> பணி ஓய்வுபெற்றவர் <input type="checkbox"/> மற்றவர் (_____)		

குடும்பத் தகவல்

உங்களைச் சேர்த்து, உங்களது வீட்டில் உள்ள குடும்ப உறுப்பினர்களின் பட்டியல். குடும்பம் என்பதில், ஒன்றாகச் சேர்ந்து வாழ்கிற, பிறப்பு, திருமணம், அல்லது தத்து எடுப்பதன் மூலமாக உறவைக் கொண்டுள்ளவர்கள் அடங்குகிறார்கள்.

குடும்ப அளவு _____

தேவையானால் கூடுதல் பக்கங்களை இணையுங்கள்

பெயர்	பிறந்த தேதி	நோயாளியுடனான உறவுமுறை	18 வயது அல்லது அதற்கு மேற்பட்டவராக இருந்தால்: பணியமர்த்தியுள்ள நிறுவனத்தின்(ங்களின்) பெயர் அல்லது வருமான ஆதாரம்	18 வயது அல்லது அதற்கு மேற்பட்டவராக இருந்தால்: மொத்த மாதாந்திர வருமானம் (வரிக்கு முன்பு):	நிதியுதவிக்கும் விண்ணப்பிக்கிறாரா?
					ஆம் / இல்லை
					ஆம் / இல்லை
					ஆம் / இல்லை
					ஆம் / இல்லை

வயது நிரம்பிய குடும்ப உறுப்பினர்கள் அனைவரின் வருமானத்தையும் சேர்த்தாக வேண்டும். வருமான மூலாதாரங்களில், உதாரணமாக, பின்வருபவை அடங்குகின்றன:

- கூலிகள் - வேலையின்மை - சுய வேலைவாய்ப்பு - பணியாளர் இழப்பீடு - ஊனம் - SSI - குழந்தை/இல்லத்துணைக்கான ஆதரவுத் தொகை
- வேலைபார்த்துக் கொண்டே படிக்கும் திட்டங்கள் (மாணவர்கள்) - ஓய்வூதியம்- பணி ஓய்வுக் கணக்குத் தொகை வினியோகங்கள்
- மற்றவை (தயவுசெய்து விவரியுங்கள் _____)

மருத்துவக் கவனிப்புத் தொண்டு / நிதியுதவி விண்ணப்பப் படிவம் - இரகசியம்
வருமானத் தகவல்கள்

ரூபகம் வைத்துக் கொள்ளுங்கள்: உங்களது விண்ணப்பத்தோடு நீங்கள் உங்களது வருமான அத்தாட்சியையும் சேர்த்து வைத்து அனுப்பியாக வேண்டும்.

நீங்கள் உங்களது குடும்ப வருமானம் குறித்த தகவல்களை வழங்கியாக வேண்டும். நிதியுதவி அளவைத் தீர்மானிப்பதற்கு வருமானத்தைச் சரிபார்ப்பது அவசியமாகிறது.

18 வயதுடைய அல்லது அதைவிட அதிக வயதுடைய குடும்ப உறுப்பினர்கள் அனைவரும், அவர்களது வருமானத்தை வெளிப்படுத்தியாக வேண்டும். உங்களால் அதற்கான ஆவணச் சான்றை வழங்க முடியவில்லை என்றால், நீங்கள் உங்களது வருமானத்தை விவரித்துச் சொல்கிற எழுத்துப்பூர்வமான, கையொப்பமிட்ட அறிக்கை ஒன்றைச் சமர்ப்பிக்கலாம். தயவுசெய்து இனங்கண்ட ஒவ்வொரு வருமான மூலாதாரத்திற்குமான அத்தாட்சியைக் கொடுங்கள்.

உதாரணமாக, வருமான அத்தாட்சி ஆவணங்களில் அடங்குபவை:

- ஓர் W-2 பிடிப்பு அறிக்கை; அல்லது
- தற்போதைய சம்பளப் பட்டியல் (3 மாதங்கள்); அல்லது
- சென்ற ஆண்டின் வருமான வரிக் கணக்கு, பொருந்துமானால் பட்டியல்கள் உட்பட; அல்லது
- பணியமர்த்திய நிறுவனங்கள் அல்லது மற்றவர்களிடமிருந்து பெற்ற எழுத்துப்பூர்வமான, கையொப்பம் பெற்ற அறிக்கைகள்; அல்லது
- மெடிக்கெய்டு மற்றும்/அல்லது மாநில அரசு நிதியளிக்கிற மருத்துவ உதவித் திட்டத்திற்கான தகுதி அங்கீகரிப்பு/நிராகரிப்புக் கடிதம்; அல்லது
- வேலையில்லாத திண்டாட்ட ஈட்டுத்தொகையைப் பெறுவதற்கான தகுதி அங்கீகரிப்பு/நிராகரிப்புக் கடிதம்.

உங்களிடம் வருமான அத்தாட்சி இல்லை என்றாலோ அல்லது வருமானமே இல்லை என்றாலோ, தயவுசெய்து விளக்கம் ஒன்றோடு கூடியதோர் கூடுதல் பக்கத்தை இணைத்தனுப்புங்கள்.

கூடுதல் தகவல்கள்

நிதி நெருக்கடிகள், அந்தந்தக் காலத்திற்கேற்ற வருமானம் அல்லது தற்காலிக வருமானம், அல்லது தனிப்பட்ட இழப்பு போன்று, நாங்கள் தெரிந்து கொள்ள வேண்டுமென நீங்கள் விரும்புகிற, உங்களது தற்போதைய நிதிச் சூழல் குறித்த வேறு தகவல்கள் இருக்கின்றன என்றால், தயவுசெய்து ஒரு கூடுதல் பக்கத்தை இணைத்தனுப்புங்கள்.

நோயாளி ஒப்பந்தம்

ஓவர்லேக் மருத்துவமனை மருத்துவ மையம்/ஓவர்லேக் மருத்துவச் சிகிச்சை மையங்கள் LLC, நிதியுதவித் திட்டம் அல்லது பணம் செலுத்தும் திட்டங்களுக்கான எனது தகுதியைத் தீர்மானிப்பதில் துணைபுரிவதற்காக, எனது பற்றுத் தகவல்களை மறுஆய்வு செய்வதன் மூலமாகவும், மற்ற மூலங்களில் இருந்து தகவல்களைப் பெறுவதன் மூலமாகவும், கொடுத்துள்ள தகவல்களைச் சரிபார்க்கலாம் என்பதை நான் புரிந்து கொள்கிறேன்.

மேற்படித் தகவல்கள், எனது அறிவிற்கெட்டிய வரையில், உண்மையானவை என்றும் சரியானவை என்றும் நான் உறுதி கூறுகிறேன். நான் கொடுக்கிற தகவல்கள் தவறானவை எனத் தீர்மானமாகிற பட்சத்தில், அதன் விளைவு, நிதியுதவியை நிராகரிப்பதில் போய் முடிந்துவிடும் என்பதை நான் புரிந்து கொள்கிறேன், அதோடு வழங்கியுள்ள சேவைகளுக்கு நானே பொறுப்பாக இருந்து, அதற்குப் பணம் செலுத்தி விடுமாறு என்னிடம் எதிர்பார்ப்பார்கள் என்பதையும் நான் புரிந்து கொள்கிறேன்.

விண்ணப்பிக்கிறவரின் கையொப்பம்

தேதி