



**Pathways Program Application**

Have you applied for the Oregon Health Plan? **Y N** If yes, date applied \_\_\_\_\_ Were you approved? **Y N**

Do you have other insurance? **Y N** If, yes, what insurance? \_\_\_\_\_

**Please provide information on the person Applying:**

Name: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Phone number: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

**Household and income Information:**

**Income sources are as follows:** Salary/Wages, Unemployment, Self-Employment, Alimony, Social Security, Pension/Retirement, Child Support, Worker’s Comp, Military Benefits, Trust Payments, VA Benefits, Other \_\_\_\_\_

Name	Date of Birth	Relation to Responsible party	Monthly Income	Income Source

If your household income is zero, please initial here \_\_\_\_\_ and provide a brief explanation of how you are meeting your basic living needs. You can attach an additional letter if needed:

I acknowledge that the financial information I have provided is accurate. I understand that if approved I am responsible for my co-pay. I understand to be considered for financial discounts past 180 days from the date of this application I will need to re-apply and provide 90 days’ proof of income again.

Patient or responsible party Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**\*\*\*\*\*For Office Use Only\*\*\*\*\***

Eff Date: \_\_\_\_\_ Expiration Date: \_\_\_\_\_ UHNC Staff Initials \_\_\_\_\_

Based on the information provided the above listed patient is eligible for \$ \_\_\_\_\_ sliding scale fee.

Base on the information provided the patient is NOT eligible for a discount at this time due to: \_\_\_\_\_

Income verified by:  Pay stubs  Tax Return  Other \_\_\_\_\_

Staff Member Completing the form \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_



# UMPQUA HEALTH NEWTON CREEK

## Pathways Solicitud de Programa

### Sección de Información del Hogar:

1. El término "Hogar" incluye a las siguientes personas que residen en la misma casa y están relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción:
  - Garante
  - Cónyuge del garante
  - Hijos / dependientes menores de la garante y hijastros
2. Un hogar no incluye a ninguna de las siguientes personas:
  - Compañeros de cuarto
  - Miembros de la familia extendida como tías, tíos, primos, padres, etc.

Ni la pareja soltera del Garante ni los otros hijos de la pareja soltera de una relación anterior.

### Sección de ingresos adicionales:

¿Alguien en el hogar recibe dinero adicional como:

- Manutención de menores
- TANF (familias necesitadas de asistencia temporal)
- Compensación de trabajadores Pérdida de tiempo
- Pensión
- Renta de alquiler
- Beneficios de VA
- Subsidios de alimentos y vivienda
- Asignaciones militares
- Cuidado de crianza temporal
- Seguridad social
- Jubilación
- Discapacidad
- Pensión alimenticia
- Pagos de fideicomiso
- Becas escolares / Becas
- Desempleo

### Sección de Información Adicional:

**El Programa Pathways no se otorga para la cirugía estética electiva, o el costo del suero o medicamentos involucrados en el tratamiento de los pacientes. Existen otras situaciones especiales para las que no se concede, como la de una persona que es elegible para seguros o programas gubernamentales pero que se ha negado a solicitar.**

**Se espera que la responsabilidad del paciente se pague por completo antes de que se registre, pero no impedirá que se vea al paciente. Si un paciente no paga la responsabilidad financiera dentro de un tiempo razonable, puede ser despedido de la práctica, junto con todos los miembros de la familia que están en el Plan Pathways.**



# UMPQUA HEALTH NEWTON CREEK

## Pathways Solicitud de Programa

Umpqua Health – Newton Creek  
**PATHWAYS PROGRAM APPLICATION**

Por la presente autorizo a los representantes de Umpqua Health – Newton Creek para verificar la información proporcionada en este formulario, o para divulgar información sobre mi visita a cualquier compañía de seguros o un tercero que busque una liquidación en esta cuenta. Por la presente declaro que la información proporcionada es verdadera y completa a mi leal saber y entender.

- 1. Entiendo que si se encuentra que alguna información es incorrecta, es posible que no sea elegible para cualquier consideración futura de tarifas reducidas. I further understand that any sliding fee discounts taken in the past may be reversed and all family members will be adjusted and that my household may be responsible for 100% of charges.**
- 2. Si recibo un descuento financiero, reconozco que no habrá otros descuentos disponibles para mí y que este descuento se relaciona con las oficinas de Umpqua Health – Newton Creek, pero no con otras entidades, como laboratorios o radiología.**

**Reconozco el descuento ofrecido y vendré preparado para pagar mi responsabilidad financiera en cada visita. Se espera que mi responsabilidad financiera se pague por completo antes de que me registren. Si no pago mi responsabilidad financiera dentro de un tiempo razonable, es posible que se me retire de la práctica, junto con cualquiera de los miembros de mi familia que están en el Plan Pathways .**

Firma del solicitante / garante	Fecha
Nombre del paciente	Fecha

## Pathways Program Application Information

### *Sliding Scale*

*Please retain this page for your reference. Complete the next page and return it to Umpqua Health Newton Creek as soon as possible.*

Umpqua Health Newton Creek provides healthcare services to the sick and afflicted, regardless of the ability to pay. For those that meet the required criteria, we have adopted a standard of charity care policy known as the Pathways program. All patients may apply for the Pathways program; eligibility is based on household size and income.

Please complete this entire form and provide all required documents in order to be considered for a discount. Discounts will only be given to patients who qualify and provide the requested documents. The Pathways program will be based on your gross income.

Once your application has been processed, you will receive a phone call notifying you of the discount you qualify for. Your approval is valid for 6 months at which time you will be called to see if you would like to re-apply. Re-applying requires a new application and current proof of income.

#### **Required documents:**

In order to be determined for the Pathways Program (Financial Assistance) please ensure copies of one of the following documents for all household members are included with your application. ***If one or more of these documents do not pertain to your household, please disregard those documents.***

- 90 days of paystubs
- Unemployment verification
- Most recent Federal tax return (If self-employed)
- Social Security Award letter
- Alimony award letter
- Child support
- Military payments
- Trust payments
- Pension/Retirement letter
- Worker's Compensation award letter
- Copy of bank statement showing income deposit for the past 90 days

#### **Definitions:**

**Household Includes:** Patient & patient spouse, patient's children and step children, patient's partner if they have a child together that live in the same home.

**Household does not include:** Roommates, aunt & uncles or extended family members, neither the unmarried partner nor the unmarried partner's children from a previous relationship.

**Eligibility:** All other alternative payment resources must be exhausted, including third party payment from insurance(s).

**Income:** We require 90 days' proof of gross income.

***If approved, it is the responsibility of the patient to pay the discounted fee at the time of service.***

#### **N2.2 Pathways Application Instructions**