

Mga Tagubilin sa Form ng Aplikasyon para sa Tulong sa Pananalapi

Ito ay isang aplikasyon para sa tulong sa pananalapi (kilala rin bilang kawanggawang pangangalaga) sa PeaceHealth.

Nagbibigay ang PeaceHealth ng tulong sa pananalapi alinsunod sa mga kinakailangan ng estado at pederal na pamahalaan sa mga tao at pamilya na nakakatugon sa ilang partikular na kinakailangan sa kita. Maaari kang maging kwalipikado para sa libre at pinamurang pangangalaga batay sa laki at kinikita ng iyong pamilya, kahit na mayroon kang insurance sa kalusugan. Para tingnan ang Patakarang sa Tulong sa Pananalapi ng PeaceHealth at karagdagang impormasyon, pakibisita ang peacehealth.org.

Ano ang saklaw ng tulong sa pananalapi?

Sinasaklaw ng tulong sa pananalapi ng ospital ang mga naaangkop na serbisyong nakabase sa ospital na ibinibigay ng PeaceHealth depende sa iyong kwalipikasyon. Maaaring hindi saklawin ng tulong sa pananalapi ang lahat ng gastos sa pangangalagang pangkalusugan, kabilang ang mga serbisyong ibinibigay ng ibang organisasyon.

Kung mayroon kang mga tanong o kailangan mo ng tulong sa pagkompleto ng aplikasyon na ito:

Mangyaring makipag-ugnayan sa Serbisyo sa Customer sa (800)388-6006. Maaari kang makakuha ng tulong para sa anumang dahilan, kabilang ang tulong sa kapansanan at wika.

Para maiproseso ang iyong aplikasyon, kailangan mong:

- Magbigay sa amin ng impormasyon tungkol sa iyong pamilya
Punan ang bilang ng miyembro ng pamilya sa iyong sambahayan (kabilang sa pamilya ang mga taong nauugnay sa kapanganakan, sa pamamagitan ng kasal, o pag-aampon na naninirahan nang magkakasama)
- Magbigay sa amin ng impormasyon tungkol sa kabuuang buwanang kita ng iyong pamilya (kita bago ibawas ang mga buwis at pagbabawas)
- Magbigay ng dokumentasyon para sa kita ng pamilya
- Maglakip ng karagdagang impormasyon kung kinakailangan
- Lagdaan at lagyan ng petsa ang form

I-mail, i-email o i-fax ang nakompletong aplikasyon kasama ang lahat ng dokumentasyon sa:

PeaceHealth Patient Financial Services, PO Box 748632, Los Angeles, CA 90074-8632. Email: financialassistance@peacehealth.org
Fax: (360) 729-3047. Tiyaking magtabi ng kopya para sa iyong sarili.

Para isumite nang personal ang iyong nakompletong aplikasyon: Mangyaring makipag-ugnayan sa Serbisyo sa Customer para sa pinakamalapit na lokasyon ng pag-drop off sa (800)388-6006.

Aabisuhan ka namin tungkol sa panghuling pagpapasiya sa pagiging kwalipikado at mga karapatan sa apela, kung naaangkop, sa loob ng 14 na araw sa kalendaryo pagkatanggap ng kompletong aplikasyon para sa tulong sa pananalapi, kabilang ang dokumentasyon ng kita.

Sa pamamagitan ng pagsumite ng aplikasyon para sa tulong sa pananalapi, ibinibigay mo ang iyong pahintulot sa amin para gawin ang mga kinakailangang pagtatanong para kumpirmahin ang mga obligasyon at impormasyon sa pananalapi.

Gusto naming tumulong. Mangyaring isumite ang iyong aplikasyon kaagad! Maaari kang makatanggap ng mga bayarin hanggang sa matanggap namin ang iyong impormasyon.



Form ng Aplikasyon para sa Tulong sa Pananalapi ng PeaceHealth - KUMPIDENSYAL

Mangyaring magbigay ng mga sagot sa bawat tanong. Kung hindi ito naaangkop, isulat ang "NA".
Maglakip ng karagdagang pahina kung kinakailangan.

MANGYARING I-MAIL ANG NAKOMPLETONG APLIKASYON SA PEACEHEALTH, PO BOX 748632, LOS ANGELES, CA 90074-8632

IMPORMASYON PARA SA SCREENING

Kailangan mo ba ng interpreter? Oo Hindi Kung Oo, ilista ang pinipiling wika: _____

Tumatanggap ba ang pasyente ng mga serbisyo ng pampublikong tulong ng estado tulad ng Medicaid, TANF, Basic Food, o WIC? (OPSYONAL)
 Oo Hindi

Kasalukuyan bang walang tirahan ang pasyente? Oo Hindi Nauugnay ba ang pangangalagang medikal ng pasyentesa isang aksidente sa sasakyan o pinsala sa trabaho? Oo Hindi

PAKITANDAAN

- Hindi namin matitiyak na magiging kwalipikado ka para sa tulong sa pananalapi, kahit na mag-apply ka.
- Sa sandaling ipadala mo ang iyong aplikasyon, maaari naming suriin ang lahat ng impormasyon at maaari kaming humingi ng karagdagang impormasyon o katibayan ng kita.

IMPORMASYON NG PASYENTE AT APLIKANTE

| | | | |
|--|----------------------------------|-----------------------|---|
| Pangalan ng Pasyente | Panggitnang Pangalan ng Pasyente | | Apelyido ng Pasyente |
| <input type="checkbox"/> Lalaki <input type="checkbox"/> Babae <input type="checkbox"/> Iba pa <i>Maaaring Tukuyin:</i> | Petsa ng Kapanganakan | | Numero ng Social Security (hindi kinakailangan) |
| Taong Responsable sa Pagbabayad ng Bill | Ugnayan sa Pasyente | Petsa ng Kapanganakan | <i>Tandaan: Hindi mo kailangang magbigay ng numero ng Social Security para mag-apply para sa tulong sa pananalapi</i> |
| Mailing Address | | | (Mga) Pangunahing Numero sa Pakikipag-ugnayan |
| Lungsod | Estado | Zip Code | _____) _____ _____) _____ Email Address: |

Katayuan sa pagtatrabaho ng taong responsable sa pagbabayad ng bill

May Trabaho *Petsa ng pag-hire:* _____

Walang Trabaho *Gaano katagal nang walang trabaho:* _____

May Sariling Hanapbuhay (Self-Employed) **Mag-aaral** **May Kapansanan** **Retirado** **Iba pa:** _____

IMPORMASYON NG PAMILYA

Ilista ang mga miyembro ng pamilya sa iyong sambahayan, kabilang ka. Ang "Pamilya" ay kinabibilangan ng mga taong may kaugnayan sa kapanganakan, kasal, o pag-ampon at naninirahan nang magkasama. **LAKI NG PAMILYA** _____ *Gumamit ng karagdagang papel kung kinakailangan.*

| Pangalan | Petsa ng Kapanganakan | Ugnayan sa pasyente | Kung 18 taong gulang pataas: Pangalan ng (mga) employer o pinagmumulan ng kita | Kung 18 taong gulang pataas: Pangkalahatang KABUUANG (GROSS) buwanang kita (bago ibawas ang mga buwis): | Nag-a-apply din ba para sa tulong sa pananalapi? |
|----------|-----------------------|---------------------|--|---|--|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Ang lahat ng kita ng miyembro ng pamilya na nasa hustong gulang ay dapat isiwalat, at dapat isama ang patunay ng mga ito sa nakompletong aplikasyon. Halimbawa ng mga pinagmumulan ng kita ang:

- Sahod ■ Kawalan ng Trabaho ■ Sariling Hanapbuhay (Self-employment) ■ Kabayaran sa mga Manggagawa ■ Kapansanan ■ SSI
- Sustento sa anak/asawa ■ Mga programa sa pagtatrabaho kasabay ng pag-aaral (mga mag-aaral) ■ Pensiyon
- Mga pamamahagi ng account sa pagretiro ■ Iba pa *Pakipaliwanag:* _____

KARAGDAGANG IMPORMASYON

Mangyaring gumamit ng karagdagang pahina kung may iba pang impormasyon tungkol sa iyong kasalukuyang sitwasyon sa pananalapi na gusto mong malaman namin, tulad ng kahirapan sa pananalapi, labis na mga medikal na gastusin, pana-panahon o pansamantalang kita, o personal na kawalan.

KASUNDUAN SA PASYENTE

- Naiintindihan ko na maaaring beripikahin ng PeaceHealth ang impormasyon sa pamamagitan ng pagsusuri ng impormasyon sa kredito at pagkuha ng impormasyon mula sa iba pang mapagkukunan para makatulong sa pagtukoy ng kwalipikasyon para sa tulong sa pananalapi o mga plano sa pagbabayad.
- Pinatutunayan ko na ang impormasyon sa itaas ay totoo at tama sa abot ng aking kaalaman. Nauunawaan ko na kung matukoy na mali ang impormasyong ibibigay ko, ang resulta ay ang pagtanggap ng tulong sa pananalapi, at ako ang mananagot sa at inaasahang magbabayad ng mga serbisyong ibinigay.
- Sa pamamagitan ng pagsumite ng aplikasyon para sa tulong sa pananalapi, ibinibigay mo ang iyong pahintulot sa amin para gawin ang mga kinakailangang pagtatanong para kumpirmahin ang mga obligasyon at impormasyon sa pananalapi.

Lagda ng Taong Nag-a-apply _____

Petsa _____

Kung mayroon kang mga tanong o kailangan mo ng tulong sa pagkompleto ng aplikasyong ito: Mangyaring makipag-ugnayan sa Serbisyo para sa Customer sa 800-388-6006. Maaari kang makakuha ng tulong para sa anumang dahilan, kabilang ang tulong para sa kapansanan at wika. Para makita ang Patakaran sa Tulong sa Pananalapi ng PeaceHealth at karagdagang impormasyon, pakibisita ang peacehealth.org.

MANGYARING I-MAIL ANG NAKOMPLETONG APLIKASYON SA PEACEHEALTH, PO BOX 748632, LOS ANGELES, CA 90074-8632