



Aplikasyon sa Tulong Pinansyal

(Mga) Numero ng Account ng Pasyente

Listahan ng (mga) ospital kung saan ka ginamot

Apelyido ng Pasyente

Pangalan ng Pasyente

Social Security # ng Pasyente

Petsa ng Kapanganakan ng Pasyente

Apelyido ng Guarantor (Kung Naiiba)

Pangalan

Social Security # ng Guarantor

Petsa ng Kapanganakan

Address ng Bahay ng Guarantor

Numero ng Telepono sa Bahay

Lungsod

Estado

Zip Code

Pangalan ng Employer ng Guarantor

Trabaho/Departamento ng Guarantor

Address ng Employer ng Guarantor

Telepono ng Employer ng Guarantor

Lungsod

Estado

Zip Code

Pangalan ng Employer ng Asawa

Trabaho/Departamento ng Asawa

Address ng Employer ng Asawa

Telepono ng Employer ng Asawa

Lungsod

Estado

Zip Code

Mga tao sa sambayanan (kasama ang aplikante)

Pangalan	Kaugnayan sa Pasyente	Petsa ng Kapanganakan	Employer	Taunang Kita
1)				
2)				
3)				
4)				
5)				
6)				
7)				
8)				
9)				
10)				

Aplikasyon sa Tulong sa Pagbabayad ng Dignity Health (Ipinagpatuloy)

Upang matukoy kung sino ang tunay na karapat-dapat sa tulong pinansyal, kailanganan muna naming hingin na isumite ang impormasyon na nakalista sa ibaba upang malaman ang kahirapan sa pinansyal. Mangyaring kumpletuhin ang aplikasyon at ibalik ito kasama ang lahat ng sumusunod na mga bagay na nakalista sa ibaba. Kung hindi mo kayang ibigay ang isa sa mga dokumento o mayroong mga karagdagang salik na maaaring mag-impluwensya sa pagtatasa, mangyaring magsumite ng isang nasusulat na pahayag na nagpapaliwanag sa iyong sitwasyon o kalagayan.

Mga Kinakailangang Dokumentasyon:

1. Katibayan ng Pagkakakilanlan - **Isa** sa mga sumusunod:
 - Kopya ng Social Security Card
 - Kopya ng lisensya sa pagmamaneho na ipinagkaloob ng estado
 - Kopya ng iba pang mga ID na may larawan
2. Pagpapatotoo ng Kasalukuyang Address - **Isa** sa mga sumusunod:
 - Resibo ng renta
 - Mga Buwanang Binabayaran/Utility Bill
3. Pagtanggap sa pagiging kwalipikado sa programa ng Medi-Cal o Medicaid mula sa tinitirhang estado.
4. Patunay ng kita para sa lahat ng miyembro ng pamilya* sa loob ng 12 buwan bago ang petsa kung kailan ibinigay ang mga serbisyo ng Dignity Health. Maaaring kasama rito ang (mga) pinakabagong Income Tax Return o pay stub para sa parehong yugto ng panahon. Kung may pansariling hanapbuhay (self-employed), isama ang Schedule C sa iyong Tax Return. Kung hindi ka makapagbigay ng mga ganito, mangyaring magsulat ng paliwanag sa hiwalay na papel, na nagsasaad ng iyong kalagayang pinansyal sa loob ng nakaraang tatlong buwan, at isumite ito kasama ng aplikasyong ito.

*Kasama sa Pamilya ng Isang Pasyente ang:

- a) Para sa mga taong 18 taong gulang at mas matanda, isang asawa, kapareha, ayon sa tinukoy sa Seksyon 297 ng Family Code, at mga umaasang anak na wala pang 21 taong gulang, kasama man sa bahay o hindi.
- b) Para sa mga taong wala pang 18 taong gulang, isang magulang, mga kamag-anak na tagapangalaga, at ibang mga bata wala pang 21 taong gulang na kamag-anak ng magulang o tagapangalaga.

Sa oras na nakumpleto namin ang aming inisyal na pagrepaso ng mga ibinigay na dokumento, ang mga sumusunod ay **maaaring** kailanganin upang matukoy ang kwalipikasyon:

Katibayan ng Mga Perang Pag-aari - **Lahat** ng sumusunod:

- Mga statement ng checking account - sa nakalipas na 3 buwan
- Mga statement ng savings account - sa nakalipas na 3 buwan
- Mga Sapi/Stocks, Mga Bond, at Mga CD

Sa pamamagitan ng paglagda sa ibaba, ikaw ay sumasang-ayon na maisaalang-alang para sa Tulong sa Pagbabayad. Bilang karagdagan, pinapahunayan mo na ang lahat ng pahayag na ginawa sa aplikasyong ito ay totoo at kumpleto sa abot ng iyong kaalaman. Kung sakaling matukoy na ang impormasyong iyong ibinigay ay hindi kumpleto at hindi wasto, ang anumang diskwento sa iyong bill ay maaaring mabaligtad at ang kabuuang bayad ay maaaring asahan mula sa iyo. Sa pamamagitan ng paglagda sa ibaba, binibigyan mo ng awtorisasyon ang Dignity Health na tingnan ang mga sanggunian at kasaysayan sa utang/credit upang matasa ang aplikasyong ito para sa pagsasaalang-alang sa tulong pinansyal.

Kung nakatanggap ka ng bayad mula sa isang kumpanya ng insurance, plano sa pagbabayad sa manggagawa (workers compensation plan), o anumang ibang ikatlong partido, sumasang-ayon kang ipagbibigay-alam sa ospital ang anumang nasabing bayad. Pinapanatili ng ospital ang karapatan nitong kolektahin ang mga orihinal at buong kabayaran ng singilin kung sakaling binigyan ka ng bayad ng isang ikatlong partido para sa mga serbisyo ng ospital.

Lagda ng taong may pananagutan sa bill (Guarantor)

Petsa

Ipadala sa koreo ang nakumpletong aplikasyon sa:

Dignity Health
P.O. Box 3008
Rancho Cordova, CA 95741-3008
Revised January 1, 2016