



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 sambahayan (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:

Mark Twain Medical Center
768 Mountain Ranch Road
San Andreas, CA 95249

Revised January 1, 2016