

Mga Tagubilin sa Form ng Aplikasyon para sa Kawanggawang Pag-aalaga/Tulong Pinansiyal

Ito ay isang aplikasyon para sa tulong pinansiyal (kilala rin bilang kawanggawang pag-aalaga) sa St. Joseph Health.

Inaatasan ng batas ng pederal at estado na lahat ng ospital ay magbigay ng tulong pinansiyal sa mga tao at pamilya na nakatutugon sa ilang inaatas sa kita. Maaari kang maging kuwalipikado sa libreng pag-aalaga o bawas na presyong pag-aalaga batay sa laki ng pamilya mo at kita, kahit na may pangkalusugan kang insurance. Para tingnan ang aming patakaran sa pinansiyal na tulong at gabay ng slide scale, mangyaring pumunta sa website na partikular sa ospital mula sa <https://www.stjhs.org>.

Ano ang sinasaklawan ng tulong pinansiyal? Ang medikal na tulong pinansiyal ay sumasaklaw sa medikal na kailangang pag-aalaga sa hospital na nilaan ng isa sa mga ospital namin depende sa pagiging nararapat mo. Maaaring hindi masaklawan ng tulong pinansiyal ang lahat ng gastusin sa pag-aalaga ng kalusugan, kasama ang mga nilaang serbisyo ng mga ibang organisasyon.

Kung mayroon kang mga tanong o kailangan ng tulong sa pagkumpleto ng aplikasyong ito: Ang aming mga patakaran sa tulong pinansiyal, impormasyon tungkol sa mga programa, at ang mga materyales sa aplikasyon ay makukuha sa aming website o gamit ang telepono. Maaari kang kumuha ng tulong para sa anumang dahilan, kasama ang kapansanan at tulong sa wika. May mga makukuhang nakasalang nakasulat na dokumento kapag hiniling. Narito kung paano kami kokontakin: <https://www.stjhs.org/our-programs/patient-financial-assistance>
Mga Kinatawan ng Serbisyo sa Kostumer sa: 707-525-5228

Upang maproseso ang aplikasyon mo, dapat mong:

- Bigyan kami ng impormasyon tungkol sa iyong pamilya**
Punan ang dami ng mga miyembro ng pamilya sa sambahayan mo (kasama ng pamilya ang mga tao na karelasyon dahil sa panganganak, pag-aasawa, pag-ampon na magkasamang nakatira)
- Bigyan kami ng impormasyon tungkol sa kabuuang buwanang kita ng pamilya mo (kita bago ang buwis at makakaltas) para isama ang mga pay slip, W-2 form, tax return, mga liham ng paggawad ng social security, atbp.**
(tingnan ang Seksiyon ng Kita ng pinansiyal na tulong na aplikasyon para sa higit pang halimbawa)
- Magbigay ng dokumentasyon para sa kita ng pamilya at ideklara ang mga ari-arian**
- Ilakip ang karagdagang impormasyon kung kailangan**
- Lagdaan at petsahan ang form ng pinansiyal na tulong**

Tala: Hindi mo kailangang magbigay ng numero ng Social Security para mag-apply sa tulong pinansiyal. Kapag binigyan mo kami ng iyong numero ng Social Security makakatulong itong pabilisin ang pagproseso ng aplikasyon mo. Ang mga numero ng Social Security ay ginagamit para patotohanan ang impormasyong binigay sa amin. Kung wala kang numero ng Social Security, pakimarkahan ang “hindi angkop” o “NA.”

Ipadala sa koreo ang nakumpletong aplikasyon kasama lahat ng dokumentasyon sa: Santa Rosa Memorial Hospital, Attn: Financial Assistance, P.O. Box 4119, Santa Rosa, CA 95402. Siguruhing magtabi ng kopya para sa sarili mo.

Para isumite ang nakumpleto mong aplikasyon nang ikaw mismo: Dalhin sa Tanggapan ng Negosyo
Aabisuhan ka namin ng panghuling determinasyon ng pagiging nararapat at mga karapatan sa pag-apela, kung angkop, sa loob ng 30 araw mula matanggap ang kumpletong aplikasyon sa tulong pinansiyal, kasama ang dokumentasyon ng kita.

Sa pagsusumite ng aplikasyon sa tulong pinansiyal, binibigay mo ang pahintulot mong gumawa kami ng mga kailangang pagtatanong para kumpirmahin ang mga pinansiyal na obligasyon at impormasyon.

Gusto naming tumulong. Pakisumite agad ang aplikasyon mo!

Maaari kang makatanggap ng mga pagsingil hanggang matanggap namin ang iyong impormasyon.

Form ng Aplikasyon para sa Kawanggawang Pag-aalaga/Tulong Pinansiyal – kumpidensiyal

Pakipunan lahat ng impormasyon nang kumpleto. Kung hindi ito angkop, isulat ang “NA.” Maglakip ng mga karagdagang pahina kung kailangan.

IMPORMASYON SA PAGSASALA

Kailangan mo ba ng tagapagsaling-wika? Oo Hindi Kung Oo, ilara ang nais na wika:

Nag-apply ba ang pasyente para sa Medicaid? Oo Hindi

Nakakatanggap ba ang pasyente ng mga pampublikong serbisyo ng estado tulad ng TANF, Basic na Pagkain, o WIC? Oo Hindi

Sa kasalukuyan ba ay walang tirahan ang pasyente? Oo Hindi

Kaugnay ba ang medikal na pag-aalaga ng pasyente sa aksidente sa kotse o pinsala sa trabaho? Oo Hindi

PAKITANDAAN

- Hindi namin magagarantiya na magiging kuwalipikado ka sa tulong pinansiyal, kahit na mag-apply ka.
- Kapag pinadala mo ang iyong aplikasyon, maaaring suriin namin lahat ng impormasyon at maaaring humiling ng karagdagang impormasyon o katibayan ng kita.
- Sa loob ng 30 araw matapos naming matanggap ang nakumpleto mong aplikasyon at dokumentasyon, aabisuhan ka namin kung kuwalipikado ka para sa tulong.

IMPORMASYON NG PASYENTE AT APLIKANTE

| | | | |
|---|------------------------------|-----------------------|--|
| Unang pangalan ng pasyente | Gitnang pangalan ng pasyente | | Apelyido ng pasyente |
| <input type="checkbox"/> Lalaki <input type="checkbox"/> Babae <input type="checkbox"/> Iba pa (maaaring tukuyin _____) | Petsa ng Kapanganakan | | Numero ng Social Security ng Pasyente (opsiyonal*) <i>*opsiyonal, pero kailangan para sa mas galanteng tulong na mas mataas sa inaatas ng batas ng estado</i> |
| Taong Responsable sa Pagbabayad ng Singil | Relasyon sa Pasyente | Petsa ng Kapanganakan | Numero ng Social Security (opsiyonal*) <i>*opsiyonal, pero kailangan para sa mas galanteng tulong na mas mataas sa inaatas ng batas ng estado</i> |
| Address ng Koreo _____ Lungsod Estado Zip Code | | | (Mga) pangunahing numero sa pakikipag-ugnay () _____ () _____ Email Address: _____ |
| Katayuan sa pagtatrabaho ng taong responsable sa pagbabayad ng singil <input type="checkbox"/> May Trabaho (petsa ng pag-hire: _____) <input type="checkbox"/> Walang Trabaho (gaano katagal na walang trabaho: _____) <input type="checkbox"/> Sariling Negosyo <input type="checkbox"/> Estudyante <input type="checkbox"/> May Kapansanan <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Iba Pa (_____) | | | |

IMPORMASYON NG PAMILYA

Ilista ang mga miyembro ng pamilya sa sambahayan mo, kabilang ka. Kasama ng “pamilya” ang mga tao na karelasyon dahil sa panganganak, pag-aasawa, pag-ampon na magkasamang nakatira.

LAKI NG PAMILYA _____
kailangan

Maglakip ng karagdagang pahina kung

| | | | | | |
|----------|-------------------|----------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|
| Pangalan | Petsa ng Kapangan | Relasyon sa Pasyente | Kung 18 taong gulang o mas matanda: | Kung 18 taong gulang o mas matanda: | Nag-a-apply din para sa tulong |
|----------|-------------------|----------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|

| | akan | | Pangalan ng (mga) employer o pinagkukunan ng kita | Kabuuang gross na buwanang kita (bago ang buwis) | pinansiyal? |
|--|------|--|---|--|-------------|
| | | | | | Oo / Hindi |
| | | | | | Oo / Hindi |
| | | | | | Oo / Hindi |
| | | | | | Oo / Hindi |

Dapat isiwalat ang kita ng lahat ng adult na miyembro ng pamilya. Kasama sa mga pagkukunan ng kita ang, halimbawa:
 - Sahod - Walang trabaho - Sariling negosyo - Worker's compensation - Kapansanan - SSI - Suporta sa anak/asawa
 - Mga programa sa pagtatrabaho pag-aaral (mga estudyante) - Pensiyon - Mga distribusyo sa account ng pagreretiro - Iba pa (*pakipaliwanag* _____)



Form ng Aplikasyon para sa Kawanggawang Pag-aalaga/Tulong Pinansiyal – kumpidensiyal

IMPORMASYON SA KITA

TANDAAN: *Dapat mong isama ang katibayan ng kita sa aplikasyon mo.*

Dapat mong ibigay ang impormasyon sa kita ng pamilya mo. Ang pagpapatotoo ng kita ay kailangan para madetermina ang tulong pinansiyal.

Lahat ng mga miyembro ng pamilya na 18 taong gulang o mas matanda ay dapat magsiwalat ng kita nila. Kung hindi ka makakapagbigay ng dokumentasyon, maaari kang magsumite ng nakasulat na nilagdaang pahayag na nagsasalarawan ng kita mo. Mangyaring magbigay ng katibayan para sa bawat natukoy na pagkukunan ng kita.

Kasama sa mga halimbawa ng katibayan ng kita ang:

- Isang "W-2" withholding statement; o
- Mga kasalukuyang pay slip (3 buwan); o
- Income tax return ng nakaraang taon, kasama ang mga iskedyul, kung angkop;
- Nakasulat, nilagdaang mga pahayag mula sa mga employer o iba pa; o
- Pag-apruba/pagtanggi sa pagiging nararapat para sa Medicaid at/o pinondohan ng estado na medikal na tulong; o
- Pag-apruba/pagtanggi sa pagiging nararapat para sa kawalan ng trabaho na bayad.

Kung wala kang katibayan ng kita o walang kita, mangyaring maglakip ng karagdagang pahina na may paliwanag.

IMPORMASYON SA GASTOS

Ginagamit namin ang impormasyong ito para makakuha ng mas kumpletong larawan ng iyong pinansiyal na sitwasyon.

Buwanang Gastos sa Sambahayan:

Upa/mortgage \$ _____ Medikal na gastos \$ _____
 Mga Insurance Premium \$ _____ Mga Utility \$ _____
 Ibang Utang/Gastos \$ _____ (*suporta sa anak, mga utang, gamot, iba pa*)

IMPORMASYON SA ARI-ARIAN

Maaaring gamitin ang impormasyong ito kung ang kita mo ay mas mataas sa 101% ng Federal Poverty Guidelines.

| | |
|--|---|
| Kasalukuyang balanse ng checking account \$ _____ | May mga ganito bang ibang ari-arian ang pamilya mo? <u>Pakitsekan lahat ng angkop</u> |
| Kasalukuyang balanse ng saving s account \$ _____ | <input type="checkbox"/> Stocks <input type="checkbox"/> Bonds <input type="checkbox"/> 401K <input type="checkbox"/> (Mga) Health Savings Account <input type="checkbox"/> (Mga) Trust |
| | <input type="checkbox"/> Pag-aari (hindi kasama ang pangunahing tirahan) <input type="checkbox"/> May-ari ng negosyo |

KARAGDAGANG IMPORMASYON

Pakilakip ng karagdagang pahina kung may ibang impormasyon tungkol sa kasalukuyan mong sitwasyong pinansiyal na gusto mong malaman namin, tulad ng kahirapang pinansiyal, sobrang medikal na gastos, pana-panahon o pansamantalang kita, o personal na kawalan.

PAGSANG-AYON NG PASYENTE

Nauunawaan ko na maaaring patotohanan ng St. Joseph Health sa pagrepsto ng impormasyon ng kredito at pagkuha ng impormasyon mula sa mga ibang pagkukunan para tumulong na malaman ang pagiging nararapat sa pinansiyal na tulong o plano sa pagbabayad.

Kinukumpirma ko na ang impormasyon sa itaas ay tunay at tama sa pinakamahusay kong kaalaman. Nauunawaan ko na kung ang impormasyong pinansiyal na binigay ko ay nadeterminang mali, ang resulta ay maaaring pagtangga sa tulong pinansiyal at maaaring responsable ako sa at asahang bayaran ang mga serbisyong nilaan.

Lagda ng Taong Nag-a-apply

Petsa