



Form ng Aplikasyon para sa Pangkawanggawang Pangangalaga/Pinansyal na Tulong - kumpidensyal
Pakikumpleto ang lahat ng impormasyon. Kung hindi ito naaangkop, isulat ang "NA." Maglakip ng mga
karagdagang pahina kung kinakailangan.

IMPORMASYON NG SCREENING

Kailangan mo ba ng interpreter? ☐ Oo ☐ Hindi	Kung Oo, isulat ang gustong wika:
Nag-apply na ba ang pasyente para sa Medicaid? ☐ Oo ☐ Hindi	
Nakakatanggap ba ang pasyente ng mga pampublikong serbisyo ng estado tulad ng TANF, Basic Food, o WIC? ☐ Oo ☐ Hindi	
Kasalukuyan bang walang tirahan ang pasyente? ☐ Oo ☐ Hindi	
Ang medikal na pangangalaga ba na kailangan ng pasyente ay may kaugnayan sa aksidente sa sasakyan o pinsala sa trabaho? ☐ Oo ☐ Hindi	

PAKITANDAAN

- Hindi namin maigagarantiyang magiging kwalipikado ka para sa pinansyal na tulong, kahit na mag-apply ka.
- Kapag ipinadala mo na ang iyong aplikasyon, maaari naming suriin ang lahat ng impormasyon at hingin ang kulang na impormasyon.
- Ang aplikasyong ito ay ginagamit para matukoy ang pagiging kwalipikado sa Pangkawanggawang Pangangalaga (libreng pangangalaga) at May Diskwentong Pangangalaga. Kung mag-a-apply ka lang para sa May Diskwentong Pangangalaga, maaari kang makatanggap ng mas maliit na pinansyal na tulong kaysa sa maaaring maging available sa ilalim ng Pangkawanggawang Pangangalaga.

IMPORMASYON NG PASYENTE AT APLIKANTE

Pangalan ng Pasyente	Gitnang Pangalan ng Pasyente		Apelyido ng pasyente
☐ Lalaki ☐ Babae ☐ Iba pa (maaaring tukuyin) _____	Petsa ng Kapanganakan	☐ Walang Asawa ☐ May Asawa ☐ Diborsyado ☐ Legal na Hiwalay ☐ Byuda ☐ Byudo	Social Security Number ng Pasyente (opsyonal)
Pasilidad:	Petsa ng Serbisyo	Numero ng Encounter	Gustong Paraan ng Pakikipag-ugnayan: ☐ Email ☐ Telepono ☐ Koreo
Taong Responsable sa Pagbabayad ng Bayarin	Kaugnayan sa Pasyente	Petsa ng Kapanganakan	Social Security Number (opsyonal)
Address ng Koreo _____ _____ _____			(Mga) Pangunahing numero sa pakikipag-ugnayan () _____ () _____
Lungsod	Estado	Zip Code	Email Address: _____
Katayuan sa trabaho ng taong responsable sa pagbabayad ng bayarin ☐ May Trabaho (petsa ng pagsisimula sa trabaho: _____) ☐ Walang Trabaho (gaano katagal nang walang trabaho: _____) ☐ May Sariling Hanapbuhay ☐ Mag-aaral ☐ May Kapansanan ☐ Retirado			

☐ Iba pa (Pakipaliwanag Kung Iba pa):

IMPORMASYON NG PAMILYA

Ilista ang mga miyembro ng pamilya sa iyong sambahayan, kabilang ka.

Para sa mga pasyente sa California at Hawaii: Ang ibig sabihin ng pamilya ay: (i) ang asawa, kinakasama, mga dependent na anak na mas bata sa 21 taong gulang, o anumang edad kung may kapansanan, kasama man sa bahay o hindi para sa mga 18 taong gulang at mas matanda, at (ii) ang magulang, mga tagapag-alagang kamag-anak, at iba pang anak na wala pang 21 taong gulang, o anumang edad kung may kapansanan, ng magulang o tagapag-alagang kamag-anak para sa mga wala pang 18 taong gulang o para sa dependent na anak na 18 hanggang 20 taong gulang.

Para sa Mga Pasyente sa Oregon: Ang ibig sabihin ng sambahayan ay:

(A) Isang indibidwal na walang asawa; o (B) Mga mag-asawa, mga may kinakasama, o isang magulang at anak na wala pang 18 taong gulang, na nasa iisang tirahan; **at** iba pang indibidwal na sinusustentuhan ng indibidwal na walang asawa, asawa, kinakasama, o magulang.

LAKI NG SAMBAHAYAN/PAMILYA _____

Pangalan	Petsa ng Kapanganakan	Kaugnayan sa Pasyente	Kung 18 taong gulang o mas matanda: Pangalan ng (mga) employer o pinagmumulan ng kita	Kung 18 taong gulang o mas matanda: Kabuuang gross na buwanang kita (bago kaltasan ng buwis):	Nag-a-apply ka rin ba para sa pinansyal na tulong?
					Oo/ Hindi
					Oo/ Hindi
					Oo/ Hindi

Maglakip ng karagdagang pahina kung kinakailangan.

Dapat ihayag ang kita ng lahat ng miyembro ng pamilya na nasa hustong gulang. Kasama sa mga halimbawa ng pinagmumulan ng kita:

- Sahod - Kawalan ng trabaho - Sariling hanapbuhay - Kabayaran sa manggagawa - Kapansanan - SSI
- Sustento sa anak/asawa - Mga programa sa trabaho habang nag-aaral - Pensyon
- Mga distribusyon sa account sa pagreretiro - Iba pa (pakipaliwanag)

IMPORMASYON NG KITA

TANDAAN: Kailangan mong magsama ng katunayan ng kita sa aplikasyon mo.

Kailangan mong ibigay ang impormasyon tungkol sa kita ng iyong pamilya. Kinakailangan ang pagpapatunay ng kita para mapagpasyahan ang pinansyal na tulong.

Kailangan ihayag ng lahat ng miyembro ng pamilya na 18 taong gulang na pataas ang kanilang kita. Kung hindi ka makakapagbibigay ng dokumentasyon, maaari kang magsumite ng nakasulat at nilagdaang pahayag na naglalarawan sa kita mo.

Para sa mga layunin ng pagpapasya sa pagiging kwalipikado para sa Pinansyal na Tulong, ang dokumentasyon ng kita ay limitado sa:

- o Mga kamakailang pay stub ng sambahayan mula sa loob ng 6 na buwan bago o pagkatapos unang singilin ang pasyente (o bago ang serbisyo kapag isinumite ang Aplikasyon) o
- o Kopya ng Pederal na Income Tax Return (Form 1040) para sa pasyente at asawa o kinakasama mula sa taon kung kailan unang siningil ang pasyente o 12 buwan bago unang singilin ang pasyente

Maaari kang magsumite ng iba pang anyo ng katunayan ng kita kung gusto mo, pero hindi nangangailangan ang Adventist Health ng karagdagang katunayan ng kita. Halimbawa, kung ikaw ay walang katunayan ng kita o walang kita, maaari kang maglakip ng karagdagang pahinang may paliwanag.

PANANAGUTAN NG THIRD PARTY

Isang third party ba ang mananagot sa mga serbisyo mo? ☐ OO ☐ HINDI

Kung OO, pakitukoy ang third party na iyon: _____

IMPORMASYON NG GASTUSIN (opsyonal)

Ginagamit namin ang impormasyong ito para makakuha ng mas kumpletong ideya ng iyong pinansyal na sitwasyon.

Buwanang Gastusin ng Sambahayan:

Upa/sangla	\$ _____	Mga medikal na gastusin	\$ _____
Mga Premium sa Insurance	\$ _____	Mga Utilidad	\$ _____
Iba pang Utang/Mga Gastusin	\$ _____	(sustento sa anak, mga utang, mga gamot, iba pa)	

KARAGDAGANG IMPORMASYON (opsyonal)

Mangyaring maglakip ng karagdagang pahina kung may iba pang impormasyon tungkol sa kasalukuyan mong pinansyal na sitwasyon na gusto mong ipaalam sa amin, gaya ng pinansyal na paghihirap, labis na medikal na gastusin, pana-panahon o pansamantalang kita, o personal na pagkalugi/pagkawala.

KASUNDUAN SA PASYENTE

Nauunawaan ko na posibleng i-verify ng Adventist Health and impormasyon sa pamamagitan ng pag-review sa impormasyon ng credit at pagkuha ng impormasyon mula sa iba pang mapagkukunan para tumulong na matukoy ang pagiging kuwalipikado sa pinansyal na tulong o mga plano sa pagbabayad.

Kinukumpirma ko na totoo at tama ang impormasyon sa itaas sa abot ng aking kaalaman. Nauunawaan ko na kapag natukoy na hindi totoo ang pinansyal na impormasyong ibinigay ko, posible itong magresulta sa pagtanggì sa pinansyal na tulong, at posible akong managot at asahang bayaran ang mga ibinigay na serbisyo.

Lagda ng Taong Nag-a-apply

Petsa

PAANO MAGSUMITE

Para sa Mga Tanong, mangyaring tumawag sa (888) 233-7868

Ibalik ang Nakumpletong Form sa pamamagitan ng Koreo sa:

Adventist Health
Attn: CFAC
PO Box 223849, Dallas, TX 7522-3849

Ibalik ang Nakumpletong Form sa pamamagitan ng Email sa:

CFAC@coniferhealth.com

O