Ascension

Minamahal na Pasyente/Aplikante,

Ang Ascension ay nagmamalasakit at nakatuon sa pagbibigay ng personalisadong pangangalaga para sa lahat – lalo na sa mga pinakananganganailangan. Layunin at pribilehiyo naming mag-alok ng pinansiyal na tulong sa aming mga pasyente. Magagamit lang ang pinansiyal na tulong para sa pang-emerhensiya at iba pang medikal na kinakailangang pangangalaga. Salamat sa pagtitiwala sa amin na pangalagaan ka at ang iyong pamilya para sa lahat ng iyong mga pangangailangan sa pangangalagang pangkalusugan.

Ipinadala namin ang liham na ito at ang nakalakip na aplikasyon para sa pinansiyal na tulong dahil natanggap namin ang iyong kahilingan. Kung hindi mo ito hiniling, pakibalewala lamang ito. Pakipunan ang magkabilang panig, kasama ang iyong lagda at petsa bago ito ibalik. Kung nagkumpleto ka ng isang aplikasyon sa loob ng nakalipas na anim na buwan at naaprubahan ka para sa pinansiyal na tulong, mangyaring ipagbigay-alam ito sa amin – maaaring hindi mo na kailangang magkumpleto ng bagong aplikasyon. Sa kasamaang palad, hindi namin maaasahan ang unang aplikasyon na mas luma sa anim na buwan.

Kasama ng aplikasyon, kailangan mong magbigay ng verification ng kita at verification ng lahat ng asset ng iyong sambahayan na pagmamay-ari ng sinumang miyembro ng sambahayan.

Kabilang sa mga halimbawa ng patunay ng kita at asset ang:

- Mga kopya ng 3 pinakahuling paystub mula sa employer
- Kopya ng pinakahuling taunang tax return (kung self-employed, isama ang lahat ng iskedyul)
- Social Security at/o Liham ng Paggawad ng Pensiyon sa Pagretiro
- Pinakahuling taunang tax return ng magulang o tagapag-alaga, kung nakalistang dependent ang aplikante sa kanyang form ng buwis at wala pang edad 25
- Kopya ng resibo ng mga benepisyo sa kawalan ng trabaho
- Pag-apruba/pagtanggi sa pagiging kwalipikado para sa Medicaid at/o medikal na tulong na pinopondohan ng estado
- Iba pang dokumentong nagpapatunay ng kita

Kabilang sa mga halimbawa ng patunay ng asset ang:

- Mga kasalukuyang bank statement (checking at savings account) mula sa huling 3 buwan
- Mga pamumuhunan, kabilang ang mga stock at bond
- Mga trust fund
- Mga money market account
- Mutual fund

Panghuli, maaari naming isaalang-alang ang iyong mga bayaring medikal para maging kwalipikado ka para sa pinansiyal na tulong. Kung gusto mong isaalang-alang namin ito, magbigay ng dokumentasyon ng iyong kasalukuyang buwanang medikal na gastusin sa parmasya/gamot, gaya ng mga kasalukuyang invoice o statement ng mga balanse ng account. **Pakitandaang dapat matanggap 1) ang nakumpletong aplikasyon kasama ang 2) patunay ng kita, 3) mga asset, at 4) mga kasalukuyang medikal na bayarin (kung naaangkop) para maisaalang-alang ang iyong aplikasyon. Hindi namin maipoproseso o maisasaalang-alang ang mga hindi nakumpletong aplikasyon.**

Kapag nagsusumite ng iyong aplikasyon, tandaan na hindi ligtas ang mga komunikasyon sa pamamagitan ng email sa internet. Kahit na hindi malamang, may posibilidad na ang impormasyon na iyong isinama sa email ay maaaring maharang at basahin ng ibang partido bukod sa taong naka-address dito. Nais naming protektahan ang iyong personal na impormasyon at tiyaking nananatili itong ligtas. Dahil nilalaman ng aplikasyon ang iyong numero ng social security at iba pang pribadong impormasyon, hinihimok ka naming iwasan ang pag-email nito.

Paki-print at ipadala o iabot ang iyong nskumpletong aplikasyon at pansuportang dokumentasyon sa sumusunod na address:

Ascension Providence - Mga Serbisyong
Pinansiyal sa Pasyente, Attn: Mga
Financial Counselor
PO Box 204301
Dallas TX, 75320-4301
800-749-7624

Ascension Medical Group
Attn: Departamento ng Pinansiyal na Tulong
PO Box 80278
Indianapolis, IN 46240-9998
833-263-9789

Narito kami para tumulong at gusto naming tiyakin na ang mga pasyenteng kwalipikado para sa pinansiyal na tulong ay makakatanggap nito. Kung mayroon kang mga tanong tungkol sa aplikasyong ito, mga karagdagang dokumentong kinakailangan, o kung ano ang pinakamagandang paraan para makarating sa amin ang iyong aplikasyon, pakitawagan ang isa sa mga Kinatawan ng Pasyente sa 512-324-1125.

Taos-pusong sumasaiyo,

Mga Serbisyong
Pinansiyal sa Pasyente
ng Ascension

Form ng aplikasyon para sa pinansiyal na tulong

Ascension Seton

Impormasyon ng pasyente

(Paki-print at dapat mapunan ang lahat na field. Ilagay ang N/A kung hindi naaangkop sa anumang indibidwal na linya sa aplikasyon)

Petsa _____ Numero ng account _____

Pangalan (una at apelyido)_____

Petsa ng kapanganakan_____ Katayuan sa pag-aasawa_____ Numero ng telepono ____

_____ Address ng koreo_____ Lungsod___

_____ Estado_____ ZIP_____ Numero ng social security (opsiyonal) _____

_____ Employer_____

_____ Katayuan sa pagtatrabaho_____ Bilang ng oras sa trabaho kada linggo_____ Numero ng telepono ng employer_____

Impormasyon ng responsableng partido/impormasyon ng legal na tagapag-alaga

(Kung ang pasyente sa itaas ang responsableng partido, iwanang blangko ang seksiyong ito.)

Pangalan (una at apelyido)_____

Petsa ng kapanganakan_____ Katayuan sa pag-aasawa_____ Numero ng telepono ____

_____ Address ng koreo_____ Lungsod___

_____ Estado_____ ZIP_____ Numero ng social security (opsiyonal) _____

_____ Employer_____

_____ Katayuan sa pagtatrabaho_____ Bilang ng oras sa trabaho kada linggo_____ Numero ng telepono ng employer_____

Impormasyon ng asawa ng responsableng partido

(Kung ang pasyente ang responsableng partido, punan ang impormasyon ng asawa para sa pasyente.)

Pangalan (una at apelyido)_____

Petsa ng kapanganakan_____ Katayuan sa pag-aasawa_____ Numero ng telepono ____

_____ Address ng koreo_____ Lungsod___

_____ Estado_____ ZIP_____ Numero ng social security (opsiyonal) _____

_____ Employer_____

_____ Katayuan sa pagtatrabaho_____ Bilang ng oras sa trabaho kada linggo_____ Numero ng telepono ng employer_____

Mga dependent ng responsableng partido

(Kung ang pasyente ang responsableng partido, punan ang impormasyon ng asawa para sa pasyente.)

Pangalan _____ Petsa ng kapanganakan _____Ugnayan sa responsableng partido _____

Pangalan_____ Petsa ng kapanganakan_____ Ugnayan sa responsableng partido _____Pangalan _____ Petsa ng kapanganakan _____

Ugnayan sa responsableng partido _____ Pangalan _____ Petsa ng kapanganakan _____

Ugnayan sa responsableng partido _____

Bilang ng mga nasa hustong gulang at batang nakatira sa sambahayan _____

Buwanang kita

(Punan ng mga halaga sa dolyar para sa bawat item na nakalista sa ibaba. Ibigay ang halaga kada buwan para sa bawat isa.)

Kinikita ng aplikante _____

Kita ng asawa ng aplikante _____

Mga benepisyo sa social security _____

Pensiyon/kita sa pagretiro _____

Kita bilang may kapansanan_____

Kabayaran sa kawalan ng trabaho _____

Kabayaran sa manggagawa _____

Kita sa interes/dividend _____

Natatanggap na suporta sa bata _____

Natatanggap na sustento _____

Kita sa pagpapaupa ng ari-arian _____

Mga food stamp _____

Natatanggap na distribusyon sa trust fund _____

Iba pang kita _____

Iba pang kita _____

Kabuuang gross na buwanang kinikita $ _____

Buwanang pang-araw-araw na gastusin

Mortgage/upa_____

Mga utility_____

Telepono (landline) _____

Cell phone _____

Mga grocery/pagkain_____

Cable/internet/satellite tv _____

Bayad sa sasakyan _____

Pangangalaga sa bata _____

Suporta sa bata/sustento _____

Mga credit card _____

Mga bayarin sa doktor/ospital _____

Insurance ng kotse/auto _____

Insurance ng tahanan/pag-aari _____

Medikal/pangkalusugang insurance _____

Insurance sa buhay _____

Iba pang buwanang gastos _____

Kabuuan ng buwanang gastos $ _____

Mga Asset

Cashs/savings/mga checking account _____

Mga stock/bond/pamumuhunan/CD_____

Iba pang real estate/pangalawang tirahan _____

Barko/RV/motorsiklo/panlibangang sasakyan _____

Mga sasakyang kinokolekta/hindi essential na sasakyan _____

Iba pang asset _____

Pinapatotohanan ko na totoo at kumpleto ang impormasyon sa itaas sa abot ng aking nalalaman. Pinahihintulutan ko ang ospital na kumuha ng impormasyon mula sa mga external credit reporting agency kung kinakailangan ng ospital.

Lagda ng Aplikante_____

Petsa _____

Mga Komento _____