



## Health Outreach Patient Eligibility (H.O.P.E.)

Mahal na Pasyente/Aplikante,

Ang Ascension ay mayroong pagkahabag at nakatuon sa pagbibigay ng pansariling pangangalaga para sa lahat—lalo na sa mga nangangailangan. Ang aming misyon at pribilehiyo ay mag alok ng tulong pinansyal sa aming mga pasyente. Ang tulong sa pananalapi ay magagamit lamang para sa emerhensya at iba pang kinakailangang pangangalagang medikal. Salamat sa tiwala sa amin na pangalagaan ka at ang iyong pangangailangang pangalusugan.

Ipinadala namin ang liham na ito at ang nakalakip na Aplikasyon ng tulong pinansyal dahil natanggap namin ang iyong kahilingan. Kung hindi mo ito hiniling maaaring huwag pansinin. Maaaring kumpletuhin ang magkabilang panig, kabilang ang iyong lagda at petsa bago ibalik. Kung nakumpleto mo ang isang aplikasyon sa loob ng nakaraang anim na buwan at naaprubahan para sa tulong pinansyal, maaaring ipagbigay alam sa amin. Maaaring hindi mo kailangang makumpleto ang isang bagong aplikasyon. Hindi namin mapoproseso ang isang naunang aplikasyon na higit sa anim na buwan.

Kasama ng aplikasyon, mangyaring maglaan ng isang kopya nang mahigit isa sa mga sumusunod na aytem bilang patunay ng iyong kita. Kung ikaw ay may-asawa o may kinakasama sa lampas 6 na buwan o mas matagal pa, kailangan din nilang maglaan ng kopya nang mahigit isa sa mga sumusunod na aytem ng kanilang kita bago maiproseso ang aplikasyon.

- Kopya ng 3 pinakabagong paystub mula sa employer
- Kopya ng pinakabagong taunang tax return (kung self-employed, isama ang lahat ng mga iskedyul) o pagpapatunay ng non-filing ([www.irs.gov/form 4506-T](http://www.irs.gov/form4506-T))
- Liham sa Social Security at/o Pension Retirement Award
- Magulang o Guardian, kung ang aplikante ay isang dependent na nakalista sa kanilang tax form at mas bata sa edad 25
- Ibang dokumento na nagpapatunay ng kita
- Kopya ng mga pahayag sa bangko sa nakaraang huling 3 buwan
- Kopya ng resibo sa benepisyo sa kawalan ng trabaho

Kung nakatanggap ka ng tulong mula o nakatira sa isang bahay na may isang pamilya o kaibigan, mangyaring kumpletuhin din nila ang nakalakip na form na may tatak na "Letter of Support." Hindi sila mananagot dito para sa iyong mga singil sa medikal. Makatutulong itong ipakita na kaya mong bayaran ang mga gastos sa pamumuhay. Kung hindi ka nakatanggap ng tulong mula sa pamilya at kaibigan, hindi mo kailangang punan ang form ng Letter of Support.

Sa pangwakas, mangyaring magbigay din ng dokumentasyon bilang patunay ng iyong natitirang buwanang gastos sa medikal at parmasya/gamot.

Mangyaring batirin na ang kumpletong aplikasyon kasama ng patunay ng kita ay dapat matanggap upang maiproseso ang aplikasyon. Hindi namin maproseso o matatanggap ang iyong di-kumpletong aplikasyon.

Mangyaring tandaang ang mga komunikasyon gamit ang email sa internet ay hindi ligtas. Kahit na ito ay malamang sa hindi, mayroong posibilidad na ang impormasyon na inyong isinama sa email ay maaaring makuha at mabasa ng ibang partido na mga taong hindi nito nilalayan.

Nais namin maproteksyunan ang iyong personal na impormasyon at siguraduhing ito ay mananatiling ligtas. Dahil sa naglalaman ang aplikasyon ng iyong social security number at ibang pribadong impormasyon, hinihikayat ka namin na iwasan ang pagpapadala nito sa email.

Mangyaring i-print at ipadala, gamit ang koreo o personal, ang iyong nakumpletong aplikasyon sa sumusunod na address:

**ASCENSION ST. VINCENT'S  
RIVERSIDE  
HOPE PROGRAM 1  
SHIRCLIFF WAY  
JACKSONVILLE, FL 32204**

**ASCENSION ST. VINCENT'S  
SOUTHSIDE HOPE  
PROGRAM 4201  
BELFORT RD  
JACKSONVILLE, FL 32216**

**ASCENSION ST. VINCENT'S CLAY  
COUNTY  
HOPE PROGRAM  
1670 ST. VINCENT'S WAY  
MIDDLEBURG, FL 32068**

Kung mayroon kang anumang katanungan tungkol sa aplikasyon na ito, mangyaring tumawag sa isa sa aming mga kinatawan sa Pasyente 888-693-2252.

Matapat,

Patient Financial Services  
Ascension St. Vincent's



### Health Outreach Patient Eligibility (H.O.P.E)

#### Mga Karagdagang Tanong sa Pagsusuri ng Financial Assistance

Mayroong ka bang insurance sa kalusugan?	Y N	Pangalan ng Insurance Company at Member ID_____
Ikaw ba ay mas bata sa 21 o lampas sa 65 taong gulang?	Y N	<input type="checkbox"/> Mas bata sa 21 <input type="checkbox"/> Lampas 65
Mayroon ka bang anak na menor de edad sa tahanan?	Y N	
Buntis ka ba?	Y N	
Ikaw ba ay itinuring na baldado ng Social Security Administration o Mayroon ka bang nakabinbin na kaso sa kapansanan?	Y N	<input type="checkbox"/> May kapansnan <input type="checkbox"/> Nakabinbin: kailan ka nag-aplay?
Ano ang estado ng iyong US citizenship?	Y N	
<i>Mangyaring tandaan: ang tanong na ito ay hinihingi para sa Emergency Medicaid para sa layunin sa kwalipikasyon lamang</i>		<input type="checkbox"/> Mamamayan ng US <input type="checkbox"/> Refugee <input type="checkbox"/> Green Card <input type="checkbox"/> VISA (trabaho o bisita)

#### Mangyaring sabihin ang iyong dahilan kung bakit ka nag-aplay ng Tulong Pinansyal/HOPE

- Mayroon akong mga babayaran sa medikal dahil sa pagbisita sa Emergency Room / Inpatient Stay / Naka-iskedyul na pangangalaga (bilugan ang isa o mas marami pang sagot)
- Iba (mangyaring maglaan ng maikling paliwanag)

#### Yugto sa Pagproseso ng Aplikasyon

- Maaaring umabot ng 45 araw ngunit ang ating mga Financial Counselor at nagtatrabaho nang puspusan upang maproseso ang iyong aplikasyon sa lalong madaling panahon.
- Upang makatulong sa ating mga Financial Counselor sa pagproseso, mangyaring siguraduhing iyong isinumite ang kumpleto at nalagdaang aplikasyon at isama ang lahat ng mga kailangang dokumento upang maiwasan ang pagkaantala sa pagproseso ng inyong aplikasyon.



Health Outreach Patient Eligibility (H.O.P.E)

Detalyadong Panuto sa Financial Assistance Application [Aplikasyon sa Tulong Pinansyal]

- Form sa Aplikasyon sa Tulong Pinansyal  
Mangyaring kumpletuhin ang lahat ng mga angkop na puwang, lagdaan at lagyan ng petsa
- Mga Tanong sa Financial Assistance Screening  
Mangyaring bilugan ang Yes o No at maglagay ng karagdagang impormasyon kung kailangan
- Liham ng suporta  
Mangyaring kumpletuhin kung angkop sa iyo
- Homeless Attestation Form  
Mangyaring kumpletuhin nang buo kung angkop sa iyo
- Financial Information Release, Form 2613 (FL na residente lamang)  
Ang form na ito ay nilalayong gamitin para sa kwalipikasyon sa Medicaid at determinasyon ng DCF (Department of Children and Families) at kung ikaw ay kwalipikado.  
Lumagda sa linya at kailangan kasama ang lagda ng pasyente at asawa kung angkop.
- Appointment ng Itinalagang Kinatawan, Form 2505 (FL na residente lamang)  
Lagdaan at lagyan ng petsa sa Lagda ng Linya ng Kustomer.  
Ang form na ito ay nilalayong gamitin para sa Kwalipikasyon sa Medicaid at determinasyon.  
Pinahihintulutan kami nito na kumpletuhin ang inyong aplikasyon sa Medicaid at mag follow-up sa kaso ng inyong Medicaid. Huwag ipasok ang pangalan ng kinatawan.
- Attachment C (GA na mga residente lamang)  
Ilagda ang iyong pangalan sa ilalim ng 10 at petsa sa ilalim ng 11.
- R1 Authorization para sa Kinatawan ng Pasyente lagdaan at lagyan ng petsa.
- R1 Authorization to Discuss Health Care Coverage  
Mangyaring kumpletuhin ang hinihiling na impormasyon kung angkop sa iyo.

# Form sa aplikasyon ng tulong pinansyal



Health Outreach Patient  
Eligibility (H.O.P.E.)

## Impormasyon ng Pasyente

(Mangyaring i-print at dapat kumpletuhin ang lahat ng mga patlang. Ipahiwatig na N/A kung hindi naaangkop sa anumang indibidwal na linya sa aplikasyon)

Petsa \_\_\_\_\_ Account number \_\_\_\_\_  
Pangalan (Una at Apelyido) \_\_\_\_\_  
Kaarawan \_\_\_\_\_ Marital status \_\_\_\_\_ Phone number \_\_\_\_\_  
Mailing address \_\_\_\_\_ Lungsod \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ ZIP \_\_\_\_\_  
Social security number (opsyonal) \_\_\_\_\_  
Employer \_\_\_\_\_ Employment status \_\_\_\_\_  
Bilang ng oras na trinabaho kada linggo \_\_\_\_\_ Employer phone number \_\_\_\_\_

## Ang impormasyon ng responsableng partido/impormasyon ng legal na tagapag-alaga.

(Kung ang pasyente sa ibabaw ay kapareho ng responsableng partido, iwanang blanko ang seksyon na ito.)

Pangalan (Una at Apelyido) \_\_\_\_\_  
Kaarawan \_\_\_\_\_ Marital status \_\_\_\_\_ Phone number \_\_\_\_\_  
Mailing address \_\_\_\_\_ Lungsod \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ ZIP \_\_\_\_\_  
Social security number (opsyonal) \_\_\_\_\_  
Employer \_\_\_\_\_ Employment status \_\_\_\_\_  
Numero ng oras na trinabaho kada linggo \_\_\_\_\_ Employer phone number \_\_\_\_\_

## Impormasyon ng responsableng asawa ng partido.

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

Pangalan (Una at Apelyido) \_\_\_\_\_  
Kaarawan \_\_\_\_\_ Marital status \_\_\_\_\_ Phone number \_\_\_\_\_  
Mailing address \_\_\_\_\_ Lungsod \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ ZIP \_\_\_\_\_  
Social security number (opsyonal) \_\_\_\_\_  
Employer \_\_\_\_\_ Employment status \_\_\_\_\_  
Numero ng oras na trinabaho kada linggo \_\_\_\_\_ Employer phone number \_\_\_\_\_

## Dependent ng responsableng partido

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

Pangalan \_\_\_\_\_ Kaarawan \_\_\_\_\_ Relasyon sa responsableng partido \_\_\_\_\_  
Pangalan \_\_\_\_\_ Kaarawan \_\_\_\_\_ Relasyon sa responsableng partido \_\_\_\_\_  
Pangalan \_\_\_\_\_ Kaarawan \_\_\_\_\_ Relasyon sa responsableng partido \_\_\_\_\_  
Pangalan \_\_\_\_\_ Kaarawan \_\_\_\_\_ Relasyon sa responsableng partido \_\_\_\_\_  
Bilang ng nakatatanda at bata na naninirahan sa tahanan \_\_\_\_\_

## Buwanang kita

(Punan ng dolyar na halaga ang bawat item na nakalista sa ibaba. Magbigay ng halaga bawat buwan bawat isa.)

Hustong kinita ng Aplikante \_\_\_\_\_  
Kita ng asawa ng Aplikante \_\_\_\_\_  
Benepisyo sa Social security \_\_\_\_\_  
Kita sa pensyon/retiro \_\_\_\_\_  
Kita ng may kapansanan \_\_\_\_\_  
Kabayaran sa kawalan ng trabaho \_\_\_\_\_  
Kabayaran ng mga manggagawa \_\_\_\_\_  
Kita sa interes/tubo \_\_\_\_\_

Natanggap na suporta ng bata \_\_\_\_\_  
Natanggap na alimonya \_\_\_\_\_  
Kita sa paupahang ari-arian \_\_\_\_\_  
Mga food stamp \_\_\_\_\_  
Natanggap na pagbabahagi ng Trust fund \_\_\_\_\_  
Iba pang kita \_\_\_\_\_  
**Kabuuang buwanang kita \$** \_\_\_\_\_

## Buwanang gastusin sa pamumuhay

Sangla/upa \_\_\_\_\_  
Utilities \_\_\_\_\_  
Telepono (landline) \_\_\_\_\_  
Cell phone \_\_\_\_\_  
Grocery/pagkain \_\_\_\_\_  
Cable/internet/satellite tv \_\_\_\_\_  
Bayad sa sasakyan \_\_\_\_\_  
Pag-alaga sa bata \_\_\_\_\_

Suporta sa bata/alimonya \_\_\_\_\_  
Mga Credit card \_\_\_\_\_  
Mga baya sa doktor/ospital \_\_\_\_\_  
Car/auto insurance \_\_\_\_\_  
Insurance sa tahanan/ari-arian \_\_\_\_\_  
Medical/health insurance \_\_\_\_\_  
Life insurance \_\_\_\_\_  
Ibang buwanang gastusin \_\_\_\_\_  
**Kabuuang buwanang gastusin \$** \_\_\_\_\_

## Mga Asset

Mga cash/savings/checking na account \_\_\_\_\_  
Mga stock/bono/pamumuhunan/CD(s) \_\_\_\_\_  
Ibang real estate/secondary na tirahan \_\_\_\_\_  
Boat/RV/motorcycle/recreational na sasakyan \_\_\_\_\_  
Collector automobile/non-essential automobile \_\_\_\_\_  
Ibang mga asset \_\_\_\_\_

Aking pinatotohanan na ang nakasaad na impormasyon ay totoo at kumpleto sa ganap ng aking kaalaman. Aking pinahihintulutan ang ospital na kumuha ng impormasyon mula sa mga external credit reporting agency kung sa tingin ng ospital ay kinakailangan.

Lagda ng Aplikante \_\_\_\_\_

Petsa \_\_\_\_\_

**Komento** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



Health Outreach Patient  
Eligibility (H.O.P.E.)

# Liham ng suporta

Medikal rekord numero/account numero ng Pasyente \_\_\_\_\_

Pangalan ng tagasuporta \_\_\_\_\_

Relasyon sa pasyente/aplikante \_\_\_\_\_

Address ng tagasuporta \_\_\_\_\_

Sa Ascension:

Ang liham na ito ay upang payuhan na si (ang pangalan ng pasyente) \_\_\_\_\_ ay tumatanggap ng kaunti hanggang sa walang kita at tinutulungan ko siya sa kanyang mga gastusin sa pamumuhay. Siya ay may maliit hanggang sa walang obligasyon sa akin.

Sa paglagda sa pahayag na ito, sumasang-ayon ako na ang impormasyong ibinigay ay totoo sa abot ng aking kaalaman.

Lagda ng tagasuporta \_\_\_\_\_

Petsa \_\_\_\_\_



Health Outreach Patient  
Eligibility (H.O.P.E.)

**HOMELESS ATTESTATION FORM**

Pangalan ng Pasyente : \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

Huling 4 ng SSN: \_\_\_\_\_ SSN Verified (Y/N): \_\_\_\_\_

Ako ay kasalukuyang walang tahanan na indibidwal at pinapayagang makatanggap ng liham sa sumusunod na address:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nakatanggap ako ng mga food stamp sa halaga na \$ \_\_\_\_\_ kada buwan.

Wala akong trabaho at walang kita sa huling \_\_\_\_\_ mga buwan.

**PASYENTE**

Aking pinatotohanan na ang aking mga tugon sa naunang pahayag ay totoo, kumpleto at tumpak. Sa paglagda ng Attestation na ito, ako ay nagpapatunay na nabasa ko ang Attestation na ito o ito ay binasa sa sa akin at naglapat ng may bisa at legal na lagda.

\_\_\_\_\_  
Lagda ng Pasyente Petsa Phone Number

**May-ari ng Tahanan/Umuupa**

Mangyaring hayaan ang may-ari ng tahanan/umuupa ng bahay na iyong tinutuluyan na makatanggap ng liham na kumpletuhin ang seksyong ito:

Ako \_\_\_\_\_ ay nagpapatunay na \_\_\_\_\_ ay kasalukuyang walang tirahan at pinapayagang makatanggap ng liham sa aking address ng tahanan na nakalista sa itaas.

\_\_\_\_\_  
Lagda ng Residente Petsa Phone Number





Estado ng Florida  
Estado De La Florida

Department of Children and Families  
Departamento de Niños y Familias

**FINANCIAL INFORMATION RELEASE**  
*Autorización Para Informe Económico*

Petsa (Fecha): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Case Number o ACCESS Number  
(Número de Caso o Número de ACCESS)

Sa May Kinauukulan:  
(A Quien Pueda Interesar):

Aking binibigyang permiso at pinahihintulutan ang anumang banko, building association, employer, insurance company, real estate company, government agency o anumang financial institution ng anong uri o karakter na isiwalat sa sinumang ahente ng Department of Children and Families ang buong impormasyon sa aking mga bank account, kita, insurance policy, ari-arian o benepisyo, para sa panahong nakalista sa ibaba.

*(Par la presente autorizo a cua/quien banco, compafii de construcci6n, compafii de seguros, compafii de bienes raices, agencia de gobierno o instituci6n financiera que a sf lo solicite, a suministrar informaci6n sobre mis cuentas bancarias, ingresos, polizas de seguro, propiedades o beneficios, par el periodo de tiempo abajo indicado, a cualquier empleado de/ Departamento de Niños y Familias.)*

Ang paubayana itoay may bisamula \_\_\_\_\_ hanggang \_\_\_\_\_

*(Esta autorizaci6n es valida desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_.)*

(Mga) Lagda: \_\_\_\_\_  
(Firma(s))

(Mga) Pangalan sa Account: \_\_\_\_\_  
(Nombre(s) en la Cuenta)

\_\_\_\_\_  
ESS Specialist Signature

\_\_\_\_\_  
Petsa



I-clear

## PAGTALAGA NG PINILING KINATAWAN

Pangalan ng Kustomer

Case Number

### Kinumpleto ng Kustomer

Nais ko na para kay \_\_\_\_\_ ay kumilos sa ngalan ko sa pagtukoy ng aking  
Pangalan ng Kinatawan  
kwalipikasyon para sa tulong pampubliko mula sa Department of Children and Families.

Lagda ng Kustomer

Petsa

### Kinumpleto ng Kinatawan

Aking nauunawaan na sa pagtanggap ng pagtatakda na ito, ako ay may pananagutan na maglaan o tumulong sa paglaan ng impormasyon na kailangan upang mabuo ang kwalipikasyon ng tao para sa tulong. Aking nauunawaan na maaari akong ihabla dahil sa perjury at/o panloloko kung aking itatago ang impormasyon o kusang magbibigay ng maling impormasyon.

Lagda ng Kinatawan

Petsa

Relasyon sa Kustomer

Street Address

Lungsod

Estado

Phone Number

### Self-Appointment ng Kinatawan

Ako ay kumikilos para kay \_\_\_\_\_ sa paglaan ng impormasyon upang mabuo ang kwalipikasyon para sa tulong dahil siya ay hindi makakilos ng para sa sarili niya. Ako ay maglalaan ng impormasyon sa abot ng aking kaalaman. Aking nauunawaan na kung magtatago ako ng impormasyon o kung kusa akong magbibigay ng maling impormasyon, maaari akong ihabla dahil sa perjury ay/o panloloko. Sumasang-ayon ako na aking iuulat ang anumang pagbabago sa kanilang sitwasyon na aking napag-alaman.

Lagda ng Kinatawan

Petsa

Relasyon sa Kustomer

Numero ng Kalye

Lungsod

Estado

Phone Number

## Tulong sa Pagkumpleto ng Aplikasyon na ito

### Maaari kang pumili ng awtorisadong kinatawan.

Maaari mong ibigay sa iyong pinagkakatiwalaang tao ang permiso na makipag-usap tungkol sa aplikasyon na ito sa amin, tingnan ang iyong impormasyon, at umakto para sa iyo sa mga bagay na kaugnay sa aplikasyong ito, kabilang ang pagkuha ng impormasyon tungkol sa iyong aplikasyon at paglagda sa iyong aplikasyon sa ngalan mo.

Ang taong ito ay tinatawag na "authorized representative." Kung kailangan mo baguhin ang iyong authorized representative, makipag-ugnayan sa Division of Family and Children Services (DFCS) sa 1-877-423-4746. Kung ikaw ay legal na itinalagang kinatawan para sa iba sa aplikasyon na ito, magsumite ng patunay kasama ng aplikasyon.

1. Pangalan ng awtorisadong kinatawan (First name, Middle name, Last name)

2. Address

3. Apartment o suite number

Lungsod

Estado

6. ZIP code

Numero ng Telepono

(    )    —

Sa paglagda, pinahihintulutan mo ang tao na ito na lumagda sa iyong aplikasyon, kumuha ng opisyal na impormasyon tungkol sa aplikasyon na ito, at kumilos para sa iyo sa lahat ng mga bagay sa hinaharap sa ahensyang ito.

10. Iyong Lagda

11. Petsa (mm/dd/yyyy)

### Para sa sertipikadong application counselor, navigators, ahente, at broker lamang.

Kumpletuhin ang seksyon na ito kung ikaw ay sertipikadong application counselor, navigator, agent, o broker na pinupunan ang aplikasyon para sa ibang tao.

1. Petsang simula ng aplikasyon (mm/dd/yyyy)

2. Pangalan, Pangalawang Pangalan, Apelyido, & Suffix

3. Pangalan ng

Organisasyon

4. ID number (kung angkop)





**AUTHORISASYON PARA SA KINATAWAN NG PASYENTE**

**MULA SA: (PANGALAN NG KLIYENTE)** \_\_\_\_\_

Aking itinatalaga at hinihirang ang R1 Care Coverage, kanyang mga ahente at empleyado (sama-sama bilang "Kinatawan") na kumatawan sa akin at kumilos sa ngalan ko sa harap ng anumang medical institution, financial institution, life insurance company, lugar ng empleyo, bayan/state Department of Human Services, ang Social Security Administration, mental health institution at sa Veterans Administration para sa layunin ng maaaring makakuha o magbago ng mga benepisyo sa pangangalaga sa kalusugan para sa akin at/o aking tahanan.

Aking hayagang pinapayagan ang pagsisiwalat at pagpapalaya sa aking mga Kinatawan ang lahat ng mga rekord sa ospital, mga ulat sa medikal at psychiatry (kabilang ang, kung naaangkop, mga ulat na may kaugnayan sa droga, alkohol, at HIV/AIDS), ang lahat ng impormasyon sa pananalapi (kabilang ang mga bank statement, mga patakaran sa seguro sa buhay, at dokumentasyon ng trabaho/payroll) at lahat ng iba pang mga dokumento at impormasyon na nauukol sa akin at/o sa aking tahanan na kung saanay nasa pag-iingat ng mga mga entidad na ito.

Naiintindihan ko na ang ilan sa mga rekord na nakuha na maaaring ay kasama ang impormasyon tungkol sa pang-aabuso sa gamot, kalusugan ng kaisipan at katayuan sa HIV hinggil sa iba pang impeksyon na nakakahawang sakit. Ang ilan sa impormasyong ito ay dapat na panatilihing kumpidensyal alinsunod sa lahat ng mga batas ng estado at pederal na may regulasyon sa privacy ng HIPAA tulad ng binago noong Agosto 14, 2002. Pinatutunayan ko na nakatanggap ako ng isang kopya ng R1 Notice of Privacy ayon sa hinihiling ng batas.

Aking ipinapaubaya ang anumang pangangailangan sa pagkakompidensyal na susuriin ng mga kinatawanng R1's Care Coverage, at isisiwalat lamang ang impormasyong ito sa iba na may direktang relasyon sa aking kaso. Ang impormasyong nakuha o isiniwalat ay mayroong tagal na hindi lalampas sa makatuwirang panahon upang makamit ang impormasyong ito at kanyang pagsisiwalat.

SOCIAL SECURITY DATA: Nagpapahintulot din ako at nagtalaga sa R1's Care Coverage ang karapatan upang mangalap ng impormasyon mula sa Social Security Administration at/o ligal na payo na nakuha ko upang mapatunayan o makuha ang aking impormasyon ng sinumang miyembro ng pamilya na may kaugnayan sa aking kaso na Ako at ang sinumang miyembro ng aking pamilya na tumatanggap.

\_\_\_\_\_

<b>Pangalan (print)</b>	<b>Lagda</b>	<b>Petsa</b>
-------------------------	--------------	--------------

\_\_\_\_\_

**Street Address**

\_\_\_\_\_

<b>Lungsod</b>	<b>Estado</b>	<b>Zip</b>	<b>Telepono</b>
----------------	---------------	------------	-----------------

Ascension St. Vincent's

\_\_\_\_\_

<b>Ospital / Petsa ng Admisyon</b>	<b>Lagda ng Saksi (kung hindi makalagda ang pasyente )</b>
------------------------------------	--

\_\_\_\_\_

<b>Care Coverage Representative</b>	<b>Account Number</b>
-------------------------------------	-----------------------



PANUTO: Mangyaring maglaan ng dalawang karagdagang kaugnay na maaaring kausapin ng R1 RCM Inc. para sa inyo patungkol sa inyong kaso sa health insurance/Medicaid/Medicare:

PAHINTULOT UPANG PAG-USAPAN ANG SAKOP NG PANGANGALAGA SA KALUSUGAN

Pinapayagan ko ang R1 RCM Inc. na gamitin o isiwalat ang impormasyon na may kaugnayan sa aking saklaw ng pangangalaga sa kalusugan sa mga indibidwal na nakalista sa ibaba. Paiiralin ang pahintulot na ito hanggang maaprubahan ang sakop ng pangangalaga sa kalusugan, inaaprubahan ang isang pangwakas na pagpapasiya na hindi ako karapat-dapat para sa anumang saklaw ng pangangalaga sa kalusugan, o binawi ko ang pahintulot na ito sa pamamagitan ng pagbibigay ng nakasulat na paunawa sa R1 RCM Inc.

**Pangalan:** \_\_\_\_\_

**Relasyon s Pasyente:** \_\_\_\_\_

**Telepono:** \_\_\_\_\_

**Pangalan:** \_\_\_\_\_

**Relasyon s Pasyente:** \_\_\_\_\_

**Telepono:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Pangalan ng Pasyente (print)**

\_\_\_\_\_  
**Lagda**

\_\_\_\_\_  
**Petsa**

\_\_\_\_\_  
**Nagpapahintulot na Tao kung iba sa Pasyente**

\_\_\_\_\_  
**Lagda**

\_\_\_\_\_  
**Petsa**

\_\_\_\_\_  
**Street Address**

\_\_\_\_\_  
**Lungsod**

\_\_\_\_\_  
**Estado**

\_\_\_\_\_  
**Zip**

\_\_\_\_\_  
**Phone**

\_\_\_\_\_  
Ascension St. Vincent's  
**Hospital / Admit Date**

\_\_\_\_\_  
**Lagda ng Saksi (kung hindi makalagda ang pasyente)**

\_\_\_\_\_  
**Kinatawan ng R1 RCM, Inc.**