

## Programa sa Pinansyal na Tulong ng Ospital

Salamat sa pagpili sa Saint Agnes Hospital para sa iyong mga pangangailangang medikal.

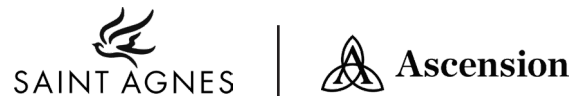
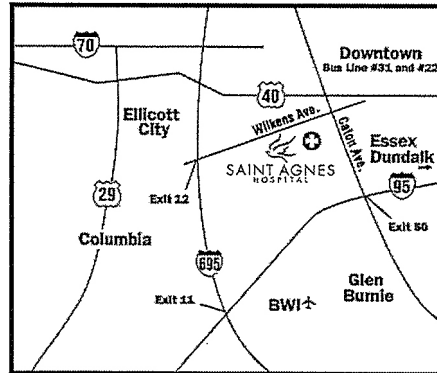
Nagpahayag ka ng interes na mag-apply para sa aming Programa sa Pinansyal na Tulong ng Ospital. Para maisaalang-alang, dapat matanggap sa aming opisina ang mga kinakailangang dokumento:

- Nakumpletong application
- Federal Income Tax Return para sa nakaraang taon
- Patunay ng kasalukuyang kita o, kung walang trabaho, patunay ng bayad sa pagtatrabaho o liham ng suporta
- Patunay ng anumang pagsisiyasat
- Isang kopya ng mga libreta ng checking at/o savings account
- Mga kopya ng anumang hindi nabayaranang medikal na bill

Sa pagkumpleto sa proseso ng ebalwasyon, aabisuhan ka tungkol sa porsyento ng allowance, kung mayroon man, na ilalapat sa iyong mga hindi pa nababayaranang account.

Kung hindi namin matanggap ang kinakailangang impormasyong hiniling sa loob ng 15 araw, susunod kami sa aming normal na proseso ng pangongolekta ng bayad. Kung mayroon kang anumang tanong o alalahanin, pakitawagan ang Patient Account Representative sa 667-234-2140.

## Salamat sa pagpili sa Saint Agnes Hospital para sa iyong mga pangangailangang medikal!



900 S. Caton Avenue  
Mailstop 045  
Baltimore, MD 21229  
667-234-2140  
TTY: 667-234-2001  
[www.TeamSaintAgnes.com](http://www.TeamSaintAgnes.com)



## MGA SERBISYONG PAMPINANSYAL NG PASYENTE

Aplikasyon para sa Pinansyal na  
Tulong ng Maryland  
State Uniform

# Aplikasyon para sa Pinansyal na Tulong ng Maryland State Uniform

## Impormasyon Tungkol sa Iyo

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

Pangalan                      Gitnang Pangalan                      Apelyido

Social Security Number: \_\_\_\_\_

Petsa ng Kapanganaka: \_\_\_\_\_

Marital Status:   Walang Asawa   May Asawa   Hiwalay

US Citizen:                      Oo   Hindi

Permanenteng Residente:   Oo   Hindi

Address ng Tahanan: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Lungsod                      Estado                      Zip Code

\_\_\_\_\_

Bansa                                      Telepono

Pangalan ng Employer: \_\_\_\_\_

Address ng Trabaho: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Lungsod                      Estado                      Zip Code

Mga Miyembro ng Sambahayan:

\_\_\_\_\_

Pangalan                      Edad                      Kaugnayan

\_\_\_\_\_

Pangalan                      Edad                      Kaugnayan

\_\_\_\_\_

Pangalan                      Edad                      Kaugnayan

\_\_\_\_\_

Pangalan                      Edad                      Kaugnayan

\_\_\_\_\_

Pangalan                      Edad                      Kaugnayan

\_\_\_\_\_

Pangalan                      Edad                      Kaugnayan

\_\_\_\_\_

Pangalan                      Edad                      Kaugnayan

Nag-apply ka na ba dati para sa Medikal na Tulong?  
Oo   Hindi

Kung oo, anong petsa ka nag-apply? \_\_\_\_\_

Kung oo, ano ang naging desisyon? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nakatanggap ka ba ng anumang uri ng tulong mula sa estado o bansa?   Oo   Hindi

## I. Kita ng Pamilya                      Buwanang Halaga

Trabaho                      \_\_\_\_\_

Mga benepisyo ng pagreretiro/pensyon   \_\_\_\_\_

Mga benepisyo sa social security       \_\_\_\_\_

Mga benepisyo sa pampublikong tulong   \_\_\_\_\_

Mga benepisyo para sa may kapansanan   \_\_\_\_\_

Mga benepisyo sa mga walang trabaho   \_\_\_\_\_

Mga benepisyo sa mga veteran           \_\_\_\_\_

Sustento (alimony)                      \_\_\_\_\_

Kita sa pagpaparenta ng ari-arian       \_\_\_\_\_

Mga benepisyo para sa pagwelga       \_\_\_\_\_

Military allotment                      \_\_\_\_\_

Pagbubukid o pansariling pagtatrabaho   \_\_\_\_\_

Iba pang pinagmumulan ng kita       \_\_\_\_\_

**Kabuuan**                      \_\_\_\_\_

## II. Mga Liquid na Asset

Checking account                      \_\_\_\_\_

Savings account                      \_\_\_\_\_

Mga stock, bond, CD, o money market                      \_\_\_\_\_

Iba pang account                      \_\_\_\_\_

**Kabuuan**                      \_\_\_\_\_

## III. Iba Pang Asset

Kung may pag-aari kang isa sa mga sumusunod, pakilista ang uri at tantyang halaga.

Bahay: Balanse sa Utang: \_\_\_\_\_ Halaga: \_\_\_\_\_

Sasakyan: Make: \_\_\_\_\_ Taon: \_\_\_\_\_ Halaga: \_\_\_\_\_

Sasakyan: Make: \_\_\_\_\_ Taon: \_\_\_\_\_ Halaga: \_\_\_\_\_

## III. Iba Pang Asset

Sasakyan: Make: \_\_\_\_\_ Taon: \_\_\_\_\_ Halaga: \_\_\_\_\_

Iba Pang Ari-arian: \_\_\_\_\_

**Kabuuan**                      \_\_\_\_\_

## IV. Buwanang Gastos                      Buwanang Halagat

Renta o Hulog sa Bahay                      \_\_\_\_\_

Mga Utility                      \_\_\_\_\_

(Mga) bayad sa kotse                      \_\_\_\_\_

(Mga) credit card                      \_\_\_\_\_

Insurance ng kotse                      \_\_\_\_\_

Iba pang medikal na gastusin           \_\_\_\_\_

Iba pang gastusin                      \_\_\_\_\_

**Kabuuan**                      \_\_\_\_\_

May iba ka pa bang hindi nababayaranang mga medikal na bill?

Mayroon Wala   Kung mayroon, halaga \_\_\_\_\_

Para sa anong serbisyo? \_\_\_\_\_

Kung may isinaayos kang plano ng pagbabayad, ano ang buwanang bayad? \_\_\_\_\_

Kung hiniling mong palawigin ng ospital ang karagdagang pinansyal na tulong, maaaring humiling ang ospital ng karagdagang impormasyon para gumawa ng karagdagang desisyon. Sa paglagda sa form na ito, pinatutunayan mong totoo ang impormasyong ibinigay at sumasang-ayon kang abisuhan ang ospital tungkol sa anumang pagbabago sa impormasyong ibinigay sa loob ng sampung araw ng pagbabago.

\_\_\_\_\_

Lagda ng Aplikante

\_\_\_\_\_

Kaugnayan sa Pasyente

\_\_\_\_\_

Petsa