

Form ng aplikasyon para sa tulong pinansiyal



Ascension

Impormasyon ng pasyente

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

Petsa _____ Numero ng account _____ Pangalan ng ospital _____

Pangalan (una at apelyido) _____

Petsa ng kapanganakan _____ Istatus ng pag-aasawa _____ Numero ng telepono _____

Pahatirang address _____ Lungsod _____ Estado _____ ZIP _____

Numero ng social security (opsiyonal) _____

Employer _____ Istatus ng pagtatrabaho _____

Bilang ng oras sa trabaho kada linggo _____ Numerong telepono ng employer _____

Impormasyon ng responsableng partido/impormasyon ng legal na tagapangalaga

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

Pangalan (una at apelyido) _____

Petsa ng kapanganakan _____ Istatus ng pag-aasawa _____ Numero ng telepono _____

Pahatirang address _____ Lungsod _____ Estado _____ ZIP _____

Numero ng social security (opsiyonal) _____

Employer _____ Istatus ng pagtatrabaho _____

Bilang ng oras sa trabaho kada linggo _____ Numerong telepono ng employer _____

Impormasyon ng responsableng partido na asawa

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

Pangalan (una at apelyido) _____

Petsa ng kapanganakan _____ Istatus ng pag-aasawa _____ Numero ng telepono _____

Pahatirang address _____ Lungsod _____ Estado _____ ZIP _____

Numero ng social security (opsiyonal) _____

Employer _____ Istatus ng pagtatrabaho _____

Bilang ng oras sa trabaho kada linggo _____ Numerong telepono ng employer _____

Mga umaasa sa responsableng partido

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

Pangalan _____ Petsa ng kapanganakan _____ Relasyon sa responsableng partido _____

Pangalan _____ Petsa ng kapanganakan _____ Relasyon sa responsableng partido _____

Pangalan _____ Petsa ng kapanganakan _____ Relasyon sa responsableng partido _____

Pangalan _____ Petsa ng kapanganakan _____ Relasyon sa responsableng partido _____

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

Buwanang kinikita

(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 _____
Kinikita ng asawa ng aplikante _____
Mga benepisyo ng social security _____
Pensiyon/kinikita sa pagkaretirado _____
Kinikita sa kapansanan _____
Kabayaran sa kawalan ng trabaho _____
Kabayaran ng mga manggagawa _____
Kinikitang interes/dibidendo _____

Natanggap na suporta para sa bata _____
Natanggap na sustento _____
Kinikita sa pagpapaupa ng ari-arian _____
Mga food stamp _____
Natanggap na distribusyon ng trust fund _____
Iba pang kinikita _____
Ibang kinikita _____
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 ng bata _____

Suporta/sustento sa bata _____
Mga credit card _____
Mga bayad sa doktor/ospital _____
Insurance ng kotse/sasakyan _____
Insurance ng bahay/pag-aari _____
Medikal/pangkalusugang insurance _____
Life insurance _____
Iba pang buwanang gastos _____
Kabuuang buwanang gastos \$ _____

Mga Asset

Cash/naipon/mga checking account _____
Mga stocks/bond/investment/CD _____
Ibang real estate/ikalawang tirahan _____
Bangka/RV/motorsiklo/panlibangang sasakyan _____
Mga sasakyang kinokolekta/di-esensiyal na sasakyan _____
Iba pang mga asset _____

Pinapatotohanan ko na totoo at ganap ang impormasyon sa itaas sa abot ng aking nalalaman. Pinahihintulutan ko ang ospital na kumuha ng impormasyon mula sa panlabas na mga ahensiyang nag-uulat ng kredito kung kinakailangan ng ospital.

Lagda ng Aplikante _____

Petsa _____

Mga komento _____



Ascension

Liham ng pagsuporta

Numero ng medikal na rekord/numero ng account ng pasyente _____

Pangalan ng tagasuporta _____

Relasyon sa pasyente/aplikante _____

Address ng tagasuporta _____

Para sa Ascension:

Ipinaalam ng liham na ito na si (pangalan ng pasyente) _____ ay tumatanggap ng maliit o halos walang kinikita at tinutulungan ko siya sa kaniyang mga pang-araw-araw na gastusin. Wala o halos wala siyang obligasyon sa akin.

Sa paglagda sa pahayag na ito, sumasang-ayon ako na ang iniharap na impormasyon ay totoo sa abot ng aking nalalaman.

Lagda ng tagasuporta _____

Petsa _____



Ascension

KINAKAILANGANG DOKUMENTASYON AT SERTIPIKASYON

Kasama ng aplikasyon, mangyaring magbigay ng kopya ng kahit isa sa sumusunod na mga item bilang patunay ng iyong kinikita. Kung ikaw ay kasal na o naninirahan kasama ang minamahal na katuwang sa loob ng 6 na buwan o higit pa, kakailanganin din nilang magbigay ng kopya ng kahit isa sa sumusunod na item bilang patunay ng kaniyang kinikita bago maproseso ang aplikasyon.

- Kopya ng 3 pinakahuling paystub mula sa employer
- Kopya ng pinakahuling taunang deklarasyon ng buwis (kung self-employed, isama ang lahat ng schedule)
- Social Security at/o Liham ng Paggawad ng Pensiyon sa Pagretiro
- Pinakahuling taunang deklarasyon ng buwis ng Magulang o Tagapangalaga, kung ang aplikante ay isang umaasa na nakatala sa kaniyang deklarasyon ng buwis at wala pang 25 taong gulang
- Iba pang mga dokumentong nagpapatunay ng kinikita
- Mga kopya ng mga statement ng bangko sa huling 3 buwan
- Kopya ng resibo ng mga benepisyo sa kawalan ng trabaho

Kung tumatanggap ka ng tulong mula sa o nakatira kasama ang pamilya o mga kaibigan, mangyaring pasagutan sa kanila ang nakalakip na form na may markang “Liham ng Suporta.” Hindi nito sila papanagutin para sa iyong mga medikal na gastusin. Makatutulong ito na maipakita kung paano mo natutugunan ang mga pang-araw-araw mong gastusin. Kung hindi ka tumatanggap ng tulong mula sa pamilya o mga kaibigan, hindi na nila kailangang punan ang Liham ng Suporta.

Panghuli, mangyaring magbigay din ng dokumento bilang patunay ng iyong hindi-bayad na buwanang medikal at mga ginagastos sa botika/gamot.

Tandaan na kailangang matanggap ang kompletong aplikasyon kasama ang mga patunay ng kinikita upang maisaalang-alang ang aplikasyon. Hindi namin mapoproseso o maisasaalang-alang ang mga di-kompletong aplikasyon.

Tandaan na hindi ligtas ang mga komunikasyon sa pamamagitan ng email sa internet. Bagaman hindi inaasahang mangyari, may posibilidad na maharang at mabasa ng ibang partido bukod sa taong pinatutungkulan nito ang impormasyong inilalagay mo sa email.

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 sa koreo o ihatid nang personal ang nakompleto mong aplikasyon sa sumusunod na address:

Ascension Providence Rochester Hospital
1101 West University Rd., Rochester, MI

Kung may mga katanungan ka tungkol sa aplikasyong ito, mangyaring tawagan ang isa sa aming mga Kinatawan ng Pasyente sa (248) 652-5334.