

# Form ng Aplikasyon sa Tulong Pinansyal



## Ascension

### Impormasyon ng Pasyente

*(Mangyaring i-print ang lahat ng mga field at dapat kumpletuhin. Ilagay na N/A kung hindi angkop sa anumang indibidwal na linya sa aplikasyon)*

Petsa \_\_\_\_\_ Account number \_\_\_\_\_ Pangalan ng Ospital \_\_\_\_\_  
Pangalan (una at apelyido) \_\_\_\_\_  
Petsa ng kapanganakan \_\_\_\_\_ Estadong marital \_\_\_\_\_ Numero ng telepono \_\_\_\_\_  
Mailing address \_\_\_\_\_ Lungsod \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ ZIP \_\_\_\_\_  
Social security number (opsyonal) \_\_\_\_\_  
Employer \_\_\_\_\_ Employment status \_\_\_\_\_  
Bilang ng oras na nagtrabaho kada linggo \_\_\_\_\_ Telepono ng Employer \_\_\_\_\_

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

*(Kung ang pasyente sa itaas ay kapareho ng responsableng partido, iwang blangko ang seksyon na ito.)*

Pangalan (una at apelyido) \_\_\_\_\_  
Petsa ng kapanganakan \_\_\_\_\_ Estadong marital \_\_\_\_\_ Numero ng telepono \_\_\_\_\_  
Mailing address \_\_\_\_\_ Lungsod \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ ZIP \_\_\_\_\_  
Social security number (opsyonal) \_\_\_\_\_  
Employer \_\_\_\_\_ Employment status \_\_\_\_\_  
Bilang ng oras na nagtrabaho kada linggo \_\_\_\_\_ Telepono ng Employer \_\_\_\_\_

### Impormasyon ng responsableng asawa ng partido.

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

Pangalan (una at apelyido) \_\_\_\_\_  
Petsa ng kapanganakan \_\_\_\_\_ Estadong marital \_\_\_\_\_ Numero ng telepono \_\_\_\_\_  
Mailing address \_\_\_\_\_ Lungsod \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ ZIP \_\_\_\_\_  
Social security number (opsyonal) \_\_\_\_\_  
Employer \_\_\_\_\_ Employment status \_\_\_\_\_  
Bilang ng oras na nagtrabaho kada linggo \_\_\_\_\_ Telepono ng Employer \_\_\_\_\_

### Dependent ng responsableng partido

*(Kung ang pasyente ay kapareho ng 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 matatanda at bata na naninirahan sa sambahayan \_\_\_\_\_

## Buwanang kita

(Ilagay ang halaga ng dolyar para sa bawat item na nakalista sa ibaba. Maglaan ng halaga kada buwan para sa bawat isa.)

Ganap na kinita ng Aplikante \_\_\_\_\_  
Kita ng asawa ng aplikante \_\_\_\_\_  
Social security na benepisyo \_\_\_\_\_  
Pension/retirement na kita \_\_\_\_\_  
Disability na kita \_\_\_\_\_  
Unemployment compensation \_\_\_\_\_  
Worker's compensation \_\_\_\_\_  
Interest/dividend na kita \_\_\_\_\_

Natanggap na suporta sa bata \_\_\_\_\_  
Alimony na natanggap \_\_\_\_\_  
Rental property income \_\_\_\_\_  
Food stamp \_\_\_\_\_  
Trust fund distribution received \_\_\_\_\_  
Ibang kita \_\_\_\_\_  
**Kabuuang buwanang kita \$** \_\_\_\_\_

## Buwanang gastusin sa pamumuhay

Sangla/upa \_\_\_\_\_  
Utilities \_\_\_\_\_  
Telepono (landline) \_\_\_\_\_  
Cell phone \_\_\_\_\_  
Grocery/pagkain \_\_\_\_\_  
Cable/internet/satellite tv \_\_\_\_\_  
Kotse kabayaran \_\_\_\_\_  
Bata pangangalaga \_\_\_\_\_

Bata supporta/alimonya \_\_\_\_\_  
Credit card \_\_\_\_\_  
Doctor/hospital singil \_\_\_\_\_  
Car/auto insurance \_\_\_\_\_  
Home/property insurance \_\_\_\_\_  
Medical/health insurance \_\_\_\_\_  
Life insurance \_\_\_\_\_  
Ibang buwanang gastusin \_\_\_\_\_  
**Kabuuang buwanang gastusin \$** \_\_\_\_\_

## Mga pag-aari

Cash/savings/checking na account \_\_\_\_\_  
Stocks/bonds/investments/CD(s) \_\_\_\_\_  
Ibang real estate/secondary residence \_\_\_\_\_  
Boat/RV/motorcycle/recreational vehicle \_\_\_\_\_  
Collector automobiles/non-essential automobiles \_\_\_\_\_  
Ibang mga ari-arian \_\_\_\_\_

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** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



# Ascension

## Liham ng suporta

Medical record numero/account number ng Pasyente \_\_\_\_\_

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

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

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

Sa Ascension:

Ang liham na ito ay upang ipaalam na si (pangalan ng pasyente) \_\_\_\_\_ ay nakatanggap ng maliit hanggang sa walang kita at Ako ay gumagabay sa kanyang mga gastusin sa pamumuhay. Siya ay may maliit hanggang sa walang obligasyon sa akin.

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

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

Petsa \_\_\_\_\_



# Ascension

## **KINAKAILANGANG DOKUMENTASYON & SERTIPIKASYON**

Kasama ng aplikasyon, mangyaring maglaan ng isang kopya ng 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 nila maglaan ng kopya ng mahigit isa sa mga sumusunod na aytem ng kanilang kita bago maiproseso ang aplikasyon.

- Mga kopya ng 3 pinakabagong mga paystub mula sa employer
- Mga kopya ng pinakabagong pagbabalik sa buwis (kung nagtatrabaho sa sarili, isama ang lahat ng iskedyul)
- Social Security at/o Pension Retirement Award na Liham
- Magulang o Guardian na pinakahuling taunang kwenta sa buwis, kung ang aplikante ay isang dependent na nakalista sa kanilang tax form at nasa edad 25 pababa
- Iba pang dokumento sa pagpapatunay ng kita
- Mga kopya ng mga pahayag sa bangko mula noong huling 3 buwan
- Kopya ng pagtanggap ng mga benepisyo sa kawalan ng trabaho

Kung ikaw ay nakatanggap ng tulong mula o nanirahan sa tahanan na may pamilya o kaibigan, mangyaring hilingin sa kanila na kumpletuhin ang kalakip na form na may tatak na “Liham ng Suporta.” Magbibigay sa kanila ito ng pananagutan para sa iyong mga bayaring medikal. Tutulong itong ipakita na kaya mong mamuhay nang may gastusin sa pamumuhay. Kung ikaw ay hindi nakatanggap ng tulong mula sa pamilya at kaibigan, hindi mo kailangan punan ang form ng Liham ng Suporta.

Sa wakas maaaring 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 matanggap ang iyong aplikasyon na hindi kumpleto.

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

Nais namin na proteksyunan ang iyong personal na impormasyon at siguraduhin na ito ay mananatiling ligtas. Dahil naglalaman ang aplikasyon ng inyong social security number at iba pang pribadong impormasyon, amin kayong hinihikayat na huminto sa pag-email nito.

Maaaring mag printa at ihatid ang iyong nakumpletong aplikasyon sa sumusunod na address:

**Ascension St. John Hospital  
Attn: Financial Counseling/FAP  
22101 Moross Road Detroit, Michigan 48236**

1-866-501-3627, Opsyon 3