

Pinansiyal na tulong form ng aplikasyon

Mahalaga: MAAARI KANG MAKATANGGAP NG LIBRE O MAY DISKWENTO NA PANGANGALAGA: Ang pagkumpleto ng aplikasyon na ito ay makakatulong sa Alexian Brothers Health System (Sistema sa Kalusugan ng Alexian Brothers), na nagnenegosyo bilang mga kaakibat ng Ascension Illinois, na matukoy kung maaari kang makatanggap ng libre o may diskwentong serbisyo o iba pang pampublikong programa na makakatulong sa pagbabayad para sa iyong pangangalagang pangkalusugan. Pakisumite ang aplikasyon na ito sa address na nakalista sa cover letter.

KUNG WALA KANG INSURANCE, HINDI KAILANGAN ANG SOCIAL SECURITY NUMBER PARA MAGKWALIPIKA PARA SA LIBRE O MAY DISKWENTONG PANGANGALAGA. Gayunpaman, kailangan ang Social Security Number para sa ilang pampublikong programa, kabilang na ang Medicaid. Ang pagbibigay ng Social Security Number ay hindi kinakailangan ngunit makakatulong sa Alexian Brothers Health System, na nagnenegosyo bilang mga kaakibat ng Ascension Illinois, na matukoy kung kwalipikado ka ba para sa mga anumang pampublikong programa. Para sa anumang katanungan sa aplikasyon na minarkahan ng “opsiyonal,” hindi magkakaroon ng epekto ang tugon mo (o hindi pagtugon) sa kalalabasan ng aplikasyon.

Pakisuyong kompletuhin ang form na ito at isumite ito sa Alexian Brothers Health System, na nagnenegosyo bilang mga kaakibat ng Ascension Illinois, ng personal, sa koreo, sa pamamagitan ng electronic mail, o sa fax upang mag-aplay para sa libre o may diskwentong pangangalaga sa lalong madaling panahon pagkatapos ng petsa ng serbisyo. Tatanggapin namin ang aplikasyon mo nang hanggang 240 araw kasunod ng unang billing statement para sa pangangalaga mo. Sa pamamagitan ng pagsusumite ng aplikasyon na ito, kinikilala mo na gumawa ka ng pagsisikap sa mabuting hangarin na ibigay ang lahat ng impormasyon na hiniling sa aplikasyon upang tulungan ang Alexian Brothers Health System, na nagnenegosyo bilang mga kaakibat ng Ascension Illinois, sa pagtukoy kung ang pasyente ay karapat-dapat para sa tulong pinansiyal. Kung mayroon kang anumang katanungan tungkol sa proseso ng aplikasyon, maaari kang makipag-ugnayan sa Alexian Brothers Health System, na nagnenegosyo bilang mga kaakibat ng Ascension Illinois, departamento ng pagpapayo sa pananalapi para sa mga katanungan o alalahanin sa 833-272-7581.

Ang mga reklamo o alalahanin sa proseso ng aplikasyon ng diskwento ng pasyente na walang seguro o proseso ng tulong pinansiyal sa ospital ay maaaring iulat sa Health Care Bureau of the Illinois Attorney General (Kawanihan ng Pangangalagang Pangkalusugan ng Attorney General ng Illinois). Ang libreng hotline ng Health Care Bureau ay 1-877-305-5145 (TTY 1-800-964-3013).

Impormasyon ng pasyente

(Paki-print at dapat napunan 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 _____ Katayuang sibil _____ Numero ng telepono _____

Opsiyonal - Pagkakakilanlan ng Kasarian – Iniisip mo ba ang iyong sarili bilang: Lalaki Babae Lalaki na transgender/trans man/babae-sa-lalaki (FTM) Transgender woman/trans woman/male-to-female (MTF) Genderqueer/gender hindi kumukumporme nang eksklusibo sa lalaki maging babae Karagdagang katagorya ng kasarian (o iba pa)

Opsiyonal - Pagkakakilanlang Kasarian: Anong kasarian ang orihinal na nakalista sa iyong sertipiko ng kapanganakan?: Lalaki Babae
Opsiyonal - Lahi: Puti Itim o Aprikano-Amerikano Amerikanong Indian o Katutubo sa Alaska Asianong Indian Tsino Pilipino Hapon Koreano Vietnamese Iba pang Asiano Katutubong Hawayano Guamanian o Chamorro Samoano Iba pang taga-Isla Pasipiko

Opsiyonal – Etnisidad: Hispanic, Latino/a, o Spanish ang pinagmulan Mexican, Mexican American, Chicano/a Puerto Rican Taga-Cuban Iba pang Hispaniko, Latino/a o Spanish ang pinagmulan

Opsyonal – Wika - Nagsasalita ka ba ng ibang wika bukod sa Ingles sa tahanan?: Oo Hindi

Kung oo, aling wika?: _____

Address ng koreo _____ Lungsod _____ Estado ____ ZIP _____

Opsyonal - Social Security number _____

Employer _____ Katayuan sa trabaho _____

Numero ng telepono ng employer _____

Impormasyon ng responsableng partido/impormasyon ng legal na tagapangalaga

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

Pangalan (una at apelyido) _____

Petsa ng kapanganakan _____ Katayuang sibil _____ Numero ng telepono _____

Pahatirang address _____ Lungsod _____ Estado ____ ZIP _____

Social Security number (opsiyonal) _____

Employer _____ Katayuan sa trabaho _____

Impormasyon ng responsableng partido na asawa

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

Pangalan (pangalan at apilyedo) _____

Petsa ng kapanganakan _____ Katayuang sibil _____ Numero ng telepono _____

Address ng koreo _____ Lungsod _____ Estado ____ ZIP _____

Social security number (opsiyonal) _____

Employer _____ Katayuan sa trabaho _____

Numero ng telepono ng employer _____

Mga dependente ng 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 matatanda at bata na 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 _____

Natanggap na suporta sa bata _____

Kinikita ng asawa ng aplikante _____

Natanggap na sustento _____

Mga benepisyo ng social security _____

Kita mula sa pag-upa ng ari-arian _____

Pensiyon/kinikita sa pagkaretirado _____

Mga food stamp _____

Kinikita sa kapansanan _____

Natanggap na pamamahagi ng trust fund _____

Kabayaran sa kawalan ng trabaho _____

Iba pang kita _____

Kabayaran ng mga manggagawa _____

Kabuuang buwanang kita _____

Kinikitang interes/dibidendo _____

Buwanang pang-araw-araw na gastusin

Hindi kinakailangang kumpletuhin ang seksyong ito ng mga pasyenteng inakalang karapat-dapat para sa tulong pinansiyal gaya ng inilarawan sa Patakaran sa Tulong Pinansiyal ng Ascension Illinois.

Pagsasangla/renta _____
Mga utilidad _____
Telepono (landline) _____
Cell phone _____
Mga groseri/pagkain _____
Cable/internet/satellite tv _____
Bayad sa kotse _____
Pag-aalaga sa bata _____

Suporta sa bata/sustento _____
Mga credit card _____
Doktor/mga bayarin sa ospital _____
Seguro sa kotse/sasakyan _____
Seguro sa bahay/ari-arian _____
Segurong medikal/pangkalusugan _____
Seguro sa buhay _____
Iba pang buwanang gastusin _____
Kabuuang buwanang gastusin _____

Mga Asset

Pera/mga ipon/mga checking account _____
Mga stock/bondo/pamumuhunan/(mga) CD _____
Iba pang real estate/pangalawang tirahan _____
Barko/RV/motorsiklo/sasakyan para sa libangan _____
Mga sasakyan ng kolektor/mga di-mahalagang sasakyan _____
Mga ipon para sa kalusugan/Sasakyan ng Maluwag na Paglalaan ng Pondo _____

Pinapayagan ko ang Alexian Brothers Health System, na nagnenegosyo bilang mga kaakibat ng Ascension Illinois, na makakuha ng impormasyon mula sa mga panlabas na ahensya ng pag-uulat ng kredito. Pinapatunayan ko na ang impormasyon na nasa aplikasyon na ito ay totoo at tama ayon sa aking kaalaman. Mag-a-apply ako para sa anumang pang-estado, pederal o lokal na ayuda na maaaring karapat-dapat ako para makatulong sa pagbabayad ng aking mga bayaring medikal. Nauunawaan ko na ang impormasyong ibinigay na ito ay maaaring mapatunayan ng Alexian Brothers Health System, na nagnenegosyo bilang mga kaakibat ng Ascension Illinois, at pinapahintulutan ko ang Alexian Brothers Health System, na nagnenegosyo bilang mga kaakibat ng Ascension Illinois, na makipag-ugnayan sa mga ikatlong partido upang i-verify ang katumpakan ng impormasyong ibinigay sa aplikasyon na ito. Nauunawaan ko na kung sadya akong magbibigay ng impormasyong hindi totoo sa aplikasyon na ito, hindi ako magiging karapat-dapat para sa tulong pinansyal, na anumang tulong pinansyal na ibigay sa akin ay maaaring bawiin, at ako ang magbabayad para sa (mga) sinisingil.

Lagda ng Aplikante _____

Petsa _____

Mga komento _____

Liham ng pagsuporta

Numero ng medical record/numero ng account ng pasyente _____

Pangalan ng tagasuporta _____

Relasyon sa pasyente/aplikante _____

Address ng tagasuporta _____

Para sa Ascension Illinois:

Ang liham na ito ay para ipaalam sa inyo na si (pangalan ng pasyente) _____ ay tumatanggap ng kaunti o walang kinikita at ako ay tumutulong sa mga gastusin niya sa pamumuhay. Maliit ang o 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 _____

Minamahal na Pasyente/Aplikante,

Ang Alexian Brothers Health System, na nagnenegosyo bilang mga kaakibat ng Ascension Illinois, ay hinihimok ng habag at nakatuon sa pagbibigay ng personal na pangangalaga para sa lahat - lalo na sa mga higit na nangangailangan. Layunin at pribilehiyo naming mag-alok ng tulong pinansiyal sa aming mga pasyente. Magagamit lang ang tulong pinansyal para sa emerhensiya at iba pang pangangalagang medikal na kinakailangan. Salamat sa pagtitiwala sa amin na alagaan ka at ang iyong pamilya para sa iyong mga pangangailangan sa pangangalagang pangkalusugan.

Ipinapadala namin ang liham na ito at ang nakalakup na aplikasyon ng tulong pinansyal dahil natanggap namin ang iyong kahilingan. Kung hindi mo ito hiniling, mangyaring balewalain lamang ito. Pakipunan ang magkabilang panig, kasama ang iyong lagda at petsa bago ito ibalik. Kung nakumpleto mo ang isang aplikasyon sa loob ng nakaraang anim na buwan at naaprubahan para sa tulong pinansyal, mangyaring ipagbigay-alam sa amin. Maaaring hindi mo na kailangang punan ang isang bagong aplikasyon. Hindi namin isasaalang-alang ang naunang aplikasyon na higit na sa anim na buwan.

Kasama ng aplikasyon, mangyaring magbigay ng kopya ng kahit isa sa mga sumusunod na item bilang patunay ng iyong kinikita. Kung ikaw ay may asawa 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 mga sumusunod na item bilang patunay ng kaniyang kinikita bago iproseso ang aplikasyon.

- Kopya ng 3 pinakahuling paystub mula sa employer
- Kopya ng pinakahuling taunang tax return (kung self-employed, isama ang lahat ng iskeddul)
- 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 kanilang tax form at wala pang 25 taong gulang.
- Iba pang 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 nakalakup na form na may markang "Liham ng Suporta." Hindi nito sila papanagutin para sa iyong mga medikal na bayarin. 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 ginastos sa botika/gamot.

Alamin na dapat matanggap ang napunang aplikasyon kasama ng katibayan ng kinikita para maisaalang-alang ang aplikasyon. Hindi namin naaaring iproseso o isaalang-alang ang mga aplikasyon na kulang-kulang.

Tandaan na hindi ligtas ang mga komunikasyon sa pamamagitan ng email sa internet. Bagama't 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 social security number at iba pang pribadong impormasyon, hinihimok ka naming iwasan ang pag-email nito.

Paki-print at ipakoreo ang napunan mong aplikasyon sa sumusunod na address:

Ascension Illinois PFS
Attention: Financial Assistance Department (Departamento ng Tulong Pinansyal)
PO Box 74008855
Chicago, IL 60674-8855

Kung mayroon kang anumang tanong tungkol sa aplikasyon na ito, tumawag sa isa sa aming mga Kinatawan ng Pasyente sa 833-272-7581.

Taos pusong sumasainyo,

Serbisyong Pinansyal ng Pasyente
Ascension Illinois