

Twin City Medical Center
Mga Tagubilin sa Form ng Aplikasyon para sa Tulong Pinansyal

Isa itong aplikasyon para sa tulong pinansyal sa *CommonSpirit Health* (aprubadong site ng NHSC).

Nagbibigay ang CommonSpirit Health ng tulong pinansyal sa mga tao at pamilya na nakatutugon sa ilang mga kinakailangan sa kita. Maaari kang maging kwalipikado para sa libre at may-diskuwentong pangangalaga batay sa laki at kinikita ng iyong pamilya, kahit na mayroon kang insurance sa kalusugan. Ibinibigay ang tulong para sa mga pasyente na ang kita ng pamilya ay mas mababa sa 400% ng Poverty Level Guidelines ng Pederal. Makikita ang impormasyon ukol sa Poverty Level Guidelines ng Pederal sa <http://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>.

Ano ang sinasaklaw ng tulong pinansyal? Sinasaklaw ng tulong pinansyal sa ospital ang naaangkop na mga serbisyo sa ospital na ibinibigay ng CommonSpirit Health batay sa iyong pagiging kwalipikado. Maaaring hindi saklaw ng tulong pinansyal ang lahat ng gastusin sa pangangalagang pangkalusugan, kabilang ang mga serbisyo na ibinibigay ng iba pang organisasyon.

Kung mayroon kang mga tanong o nangangailangan ng tulong sa pagkumpleto sa aplikasyong ito: Maaari kang makakuha ng tulong para sa anumang dahilan, kabilang ang tulong sa kapansanan at wika: 844-428-7500

Upang maproseso ang iyong aplikasyon, dapat kang:

- Magbigay ng impormasyon tungkol sa iyong pamilya**
- Magbigay ng impormasyon tungkol sa gross na buwanang kita ng iyong pamilya (kita bago ang mga buwis at pagkakaltas)**
- Magbigay ng dokumento para sa kinikita ng pamilya**
- Maglakip ng karagdagang impormasyon kung kinakailangan**
- Pumirma at lagyan ng petsa ang form**

Ikoreo o i-fax ang nakumpletong aplikasyon kasama ng lahat ng dokumento sa: Twin City Medical Center, ATTN: - Center ng Tulong Pinansyal, 819 N First Street, Dennison, OH 44621 Fax: 740-922-7412. Siguraduhing makakapagtago ka ng iyong koya.

Para isumite nang personal ang iyong nakumpletong aplikasyon Twin City Medical Center, 819 N. First St., Dennison, OH 44621

Aabisuhan ka namin tungkol sa pinal na pagtukoy ng pagiging kwalipikado at mga karapatan sa pag-apela, kung naaangkop, sa loob ng 30 araw sa kalendaryo ng pagtanggap sa nakumpletong aplikasyon sa tulong pinansyal, kasama ang dokumento ng kita.

Sa pamamagitan ng pagsusumite ng aplikasyon sa tulong pinansyal, ibinibigay mo ang iyong pahintulot sa amin na gumawa ng mga kinakailangang pagtatanong para kumpimahin ang mga pinansyal na obligasyon at impormasyon.

Gusto naming tumulong. Kaagad na isumite ang iyong aplikasyon!

Maaaring makatanggap ka ng bill hanggang sa matanggap namin ang iyong impormasyon.

Twin City Medical Center
Form ng Aplikasyon para sa Tulong Pinansyal (mga aprubadong site ng NHSC) –
Kumpidensyal

Pakisagutan ang lahat ng impormasyon. Kung hindi ito naaangkop, isulat ang "Hindi Naaangkop." Maglakip ng karagdagang pahina kung kinakailangan.

IMPORMASYON SA PAGSUSURI

Kailangan mo ba ng isang interpreter? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi <i>Kung Oo, ilista ang mas gustong wika:</i>
Tumatanggap ba ang pasyente ng mga serbisyong pampubliko tulad ng mga food stamp o WIC (Kababaihan, Mga Sanggol, at Mga Bata)? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
Nauugnay ba ang kinakailangang medikal na pangangalaga ng pasyente sa isang aksidente sa sasakyan o pinsala sa trabaho? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
Listahan ng (mga) ospital ng CommonSpirit Health kung saan ka ginagamot:

PAKITANDAAN

- Hindi namin magagarantiyahan na magiging kuwalipikado ka para sa tulong pinansyal, kahit na nag-aplay ka.
- Sa sandaling ipadala mo ang iyong aplikasyon, maaari naming suriin ang lahat ng impormasyon at maaari kaming humiling ng karagdagang impormasyon o katibayan ng kita.

IMPORMASYON NG PASYENTE AT APLIKANTE

Pangalan ng pasyente	Gitnang pangalan ng pasyente	Apyelido ng pasyente
Petsa ng Kapanganakan	Mga Numero ng Account ng Pasyente:	(Mga) Pangunahing numero ng pakikipag-ugnayan () _____ () _____
Taong Responsable para sa Pagbabayad ng Bill	Kaugnayan sa Pasyente	Petsa ng Kapanganakan
Email Address: _____		
Mailing Address _____		
Lungsod	Estado	Zip Code
Katayuan sa pagtatrabaho ng taong responsable para sa pagbabayad ng bill <input type="checkbox"/> Empleyado (petsa ng pag-hire: _____) <input type="checkbox"/> Walang trabaho (gaano katagal walang trabaho: _____) <input type="checkbox"/> Self-Employed <input type="checkbox"/> Estudyante <input type="checkbox"/> May Kapansanan <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Iba pa (_____)		

IMPORMASYON NG PAMILYA

Ilista ang mga miyembro ng pamilya sa iyong samabahayan, kasama ka. Kasama sa "pamilya" ang dalawa o higit pang taong magkaugnay sa pamamagitan ng kapanganakan, kasal, o pag-aampon nang magkasamang nakatira. Kung ituturing ng pasyente ang isang tao bilang isang dependent sa kanyang income tax return, magiging miyembro ang taong iyon ng pamilya ng Pasyente para sa mga layunin ng Aplikasyong ito.

LAKI NG PAMILYA _____

Maglakip ng karagdagang pahina kung kinakailangan

Pangalan	Petsa ng Kapanganakan	Kaugnayan sa Pasyente	Kung 18 taong gulang o mas matanda: Pangalan ng (mga) employer o pinagkukunan ng kita	Kung 18 taong gulang o mas matanda: Kabuuang gross na buwanang kita (bago ang mga buwis):	Nag-aaplay rin para sa tulong pinansyal?
					Oo/Hindi
					Oo/Hindi
					Oo/Hindi
					Oo/Hindi
					Oo/Hindi
					Oo/Hindi
<p>Dapat ihayag ang kita ng lahat ng miyembro ng pamilyang nasa hustong gulang. Kabilang sa halimbawa ng mga pinagkukunan ng kita ang:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sweldo - Kawalan ng trabaho - Self-employment - Kompensasyon ng manggagawa - Kapansanan - SSI - Suporta sa bata/asawa - Mga work study program (mga mag-aaral) - Pensyon - Retirement Income - Iba pa (<i>pakisaad</i>): 					

Twin City Medical Center
Form ng Aplikasyon para sa Tulong Pinansyal – Kumpidensyal

IMPORMASYON SA KITA

TANDAAN: *Dapat kang magsama ng katibayan ng kita sa iyong aplikasyon.*

Dapat kang magbigay ng impormasyon tungkol sa kita ng iyong pamilya. Kinakailangan ang pag-verify sa kita para matukoy ang tulong pinansyal.

Dapat ihayag ng lahat ng miyembro ng pamilya na 18 taong gulang o mas matanda ang kanyang kita.

Magbigay ng katibayan para sa bawat natukoy na pinagkukunan ng kita.

Kasama sa mga halimbawa ng katibayan ng kita ang:

- Income tax return ng nakaraang taon, kasama ang mga iskedyul kung naaangkop; o
- Ang "W-2" withholding statement; o
- Mga kasalukuyang pay stub (3 buwan); o
- Nakasulat, nilagdaang mga pahayag mula sa mga employer o iba pa; o
- Pag-apruba/pagtanggi sa pagiging kuwalipikado sa kompensasyon para sa kawalan ng trabaho.

Kung mayroon kang katibayan ng kita o wala kang kita, mangyaring maglakip ng karagdagang pahina na may pinirmahang pahayag na nagpapaliwanag kung paano mo sinusuportahan ang pangunahing gastusin sa pamumuhay (tulad ng pabahay, pagkain, at mga utilidad).

KARAGDAGANG IMPORMASYON

Mangyaring maglakip ng karagdagang pahina kung may iba pang impormasyon tungkol sa iyong kasalukuyang sitwasyon sa pinansyal na nais mong malaman namin, tulad ng kahirapan sa pinansyal, sobrang laking gastusin sa medikal, pana-panahon o pansamantalang kita, o personal loss.

KASUNDUAN NG PASYENTE

Nauunawaan ko na maaaring i-verify ng CommonSpirit Health ang impormasyon sa pamamagitan ng pagkuha ng impormasyon mula sa iba pang masasanggurian upang tumulong sa pagtukoy ng pagiging kwalipikado para sa tulong pinansyal o mga plano ng pagbabayad.

- Pinatotohanan ko na ang impormasyong ibinigay ko ay totoo at wasto sa abot ng aking nalalaman.
- Nauunawaan ko na kapag hindi ako nakipagtulungan sa CommonSpirit Health sa pagbibigay ng hinihiling na impormasyon, maaaring tanggihan nito ang aking aplikasyon.
- Nauunawaan ko na ang impormasyong aking isinumite ay sasailalim sa pag-verify ng CommonSpirit Health
- Nauunawaan ko na maaaring hilingin ang karagdagang impormasyon upang matukoy ang pagiging kwalipikado sa tulong.

Kung nakatanggap ka ng bayad mula sa kompanya ng insurance, plano ng kompesasyon ng mga manggagawa, o iba pang third party, sumasang-ayon kang ipaalam sa ospital ang anumang naturang pagbabayad. Nanatili sa ospital ang karapatan nitong kolektahin ang orihinal, buong mga singil kung sakaling binibigyan ka ng isang third party ng bayad para sa mga serbisyo sa ospital.

Lagda ng Taong Nag-aaplay

Petsa