

APPLICATION PARA SA TULONG NA PINANSYAL

(Kailangang sagutan ang lahat ng puwang maliban kung binanggit)

Apelyido at Pangalan ng Pasyente	Petsa ng Kapanganakan	Numero ng Social Security	*Bilang ng mga Tao sa Sambahayan	Taunang Kita ng Sambahayan sa Nakalipas na 12 Buwan \$
Kung Menor de Edad, Apelyido at Pangalan ng Guarantor	Petsa ng Kapanganakan	Numero ng Social Security	Pinagkukunan ng Kita ng Guarantor	
Mga Sasakyan sa Sambahayan kasama ang Mga Kotse/Bangka/RV (Taon/Yari/Modelo) (Opsyonal)	Balanse sa Account ng Checkings o Savings (Opsyonal)	Mga Pag-aari at Mga Halaga (Opsyonal)	Mga Balanse sa Account para sa CD/Pagreretiro/Pamumuh unan (Opsyonal)	Iba pang Mga Ari-arian (Opsyonal)
Patient Street Address		Numero ng Telepono sa Bahay	Kung \$0 ang kita, pakilagyan ng check ang isa:	
Lungsod, Estado, Zip Code		Iternatibong Numero ng Telepon	Nakatira sa (mga) kamag-anak	
			Nakatira sa (mga) Kaibigan	
			Retirado	
			Walang Trabaho	
			May Kapansanan	
			Walang Tirahan	

Bilang ng mga bata na wala pa sa edad na 21 na kasamang nakatira sa bahay: _____

Pakibasa bago pirmahan. PINAPATUNAYAN ko na totoo at tama ang mga impormasyon na ibinigay ko sa abot ng aking kaalaman. Mag-isa akong mag-aapply o nang may tulong mula sa tauhan ng ospital para sa LAHAT NG TULONG na maaaring makuha sa pamamagitan ng pamahalaan, estado, lokal na pamahalaan at mga pribadong pagmumulan upang tumulong sa pagbabayad ng bayarin sa ospital na ito. Nauunawaan ko na kung hindi ako makikipagtulungan sa ospital na nagbibigay ng serbisyo sa akin hinggil sa pagbibigay ng hiniling na impormasyon, maaaring tanggihan ang aking application para sa posibleng tulong na pinansyal. Sa pamamagitan nito, binibigyan ko ng pahintulot at awtorisasyon ang anumang kinikilalang ahente ng programa ng Medicaid upang isiwalat sa ospital na nagbibigay ng serbisyo sa akin ang LAHAT ng impormasyong hinggil sa kalagayan ng aking application sa Medicaid at kung hindi aaprubahan ang application at ang dahilan para sa hindi pag-apruba. ITATALAGA ko sa ospital na nagbibigay ng serbisyo sa akin ang LAHAT NG PONDO na matatanggap mula sa mga mapagkukunan na nasa itaas, na inilaan upang tumulong dito sa BAYARIN SA OSPITAL. Ako, sa ngalan ko, at para sa aking (mga) kamag-anak, (mga) awtorisadong kinatawan, (mga) doktor, (mga) tagapayo (kasama ang pari), at (mga) abugado, ay sumasang-ayon na panghawakan at panatilihin nang may mahigpit na pagtitiwala ang anumang nakasulat na pakikipag-ugnayan at/o mga napag-usapan sa pagitan ko at ng ospital na nagbibigay ng serbisyo sa akin hinggil sa mga bagay na may kaugnayan sa mga serbisyong ibinigay sa akin ng ospital na nagbibigay ng serbisyo sa akin. Nauunawaan ko na ang isusumite kong impormasyon ay sasailalim sa pagbeberipika ng ospital na nagbibigay ng serbisyo sa akin, kasama ang mga ahensiya para sa pag-uulat ng utang, at sasailalim ito sa pagsusuri ng MGA AHENSIYA NG PAMAHALAAN at/o ESTADO at ng iba pa ayon sa kinakailangan. PINAHINTULTUAN ko ang aking employer na ilabas sa ospital na nagbibigay ng serbisyo sa akin ang aking katunayan ng kita. NAUUNAWAAN ko na kung mapapatunayang hindi totoo ang alinman sa impormasyon na ibinigay ko, susuriin muli ng ospital na nagbibigay ng serbisyo sa akin ang aking pinansyal na kalagayan at gagawa ng anumang naaangkop na aksyon. **Upang maging kwalipikadong makakuha ng tulong, maaaring kailanganin ang kahit isang piraso ng impormasyon ng sumusuportang dokumentasyon na nagbeberipika sa kita ng sambahayan. Ang sumusuportang dokumentasyon ay maaaring kabilangan ng ngunit hindi limitado sa tax return na may pinaka-kamakailan na taon, bagong W-2, sulat ng suporta na mayroong notaryo, atbp. Maaaring tanggihan ang paghingi ng tulong kung hindi magbibigay ng sumusuportang dokumentasyon. Maaaring maging karapat-dapat para sa karagdagang pangongolekta ang hindi nabayarang balanse.** [Mga Aplikante ng Estado ng Florida: Batas ng Florida s.817.50 (1). Ang sinumang kusang-loob at sinasadyang mandaya, kumuha o susubukang makakuha ng mga kalakal, produkto, paninda o serbisyo mula sa anumang ospital sa estadong ito ay magkakasala ng maling asal na nasa pangalawang antas, na maaaring parusahan ayon sa isinasaad sa s.775.082 o s.775-083.]

Pirma ng Aplikante o Guarantor

Petsa nang Kinumpleto

* Kapag kinakalkula ang bilang ng mga tao sa sambahayan, binibilang lamang ang mga sumusunod na taong ito: 1) Mga kadugong kamag- anak na nakatira sa bahay, 2) Mga kamag-anak dahil sa pag-aasawa na nakatira sa bahay at 3) Mga kamag-anak sa pamamagitan ng legal na pag-aampon na nakatira sa bahay.

Tagalog

Gagamitin Lamang ng Opisina

Gagamitin Lamang ng Opisina				
Reason for Service	GAI	DOS	Family Size	Total Charges
1.0x	1.5x	2.0x	25% Rule	
Recommendation for account disposition				
Finance Committee Disposition				
<div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 20%; border-top: 1px solid black; margin-top: 10px;"></div> <div style="width: 20%; border-top: 1px solid black; margin-top: 10px;"></div> <div style="width: 20%; border-top: 1px solid black; margin-top: 10px;"></div> <div style="width: 20%; border-top: 1px solid black; margin-top: 10px;"></div> </div>				
_____ Manager	_____ Date	_____ Director	_____ Date	