



Form sa Aplikasyon Para sa Pinansyal na Tulong

Mahalaga: Pwede kang makatanggap ng libre o may diskwentong pangangalaga: Ang pagsagot sa aplikasyong ito ay makakatulong sa AdventHealth para malaman kung pwede kang makatanggap ng libre o may diskuwentong serbisyo o iba pang pampublikong programa na makakatulong sa pagbabayad para sa iyong pangangalagang pangkalusugan. Isumite ang aplikasyong ito sa address na nakalista sa kasamang liham.

Kung wala kang insurance, hindi kailangan ng numero ng social security para maging kwalipikado para sa libre o may diskwentong pangangalaga. Gayunpaman, kailangan ng numero ng social security para sa ilang pampublikong programa, kabilang ang Medicaid. Hindi kinakailangan ang pagbibigay ng numero ng social security, pero makakatulong sa AdventHealth na malaman kung kwalipikado ka para sa anumang pampublikong programa. Para sa anumang tanong sa aplikasyon na may markang “opsyonal,” walang magiging anumang epekto sa resulta ng aplikasyon ang iyong tugon (o hindi pagtugon).

Sagutan ang form na ito at isumite sa AdventHealth nang personal, sa pamamagitan ng koreo, sa pamamagitan ng email, o sa pamamagitan ng fax para mag-apply sa libre o may diskuwentong pangangalaga sa lalong madaling panahon pagkatapos ng petsa ng serbisyo. Tatanggapin namin ang iyong aplikasyon nang hanggang pagkalipas ng 240 araw mula sa unang billing statement para sa iyong pangangalaga. Sa pamamagitan ng pagsusumite ng aplikasyong ito, kinikilala mong nagsikap kang ibigay ang lahat ng impormasyong hinihiling sa aplikasyon para tulungan ang AdventHealth sa pag-alam kung kwalipikado ang pasyente para sa pinansyal na tulong. Kung mayroon kang anumang mga katanungan sa proseso ng aplikasyon, maaari kang makipag-ugnayan sa financial counseling department ng AdventHealth sa 800-462-0490.

Pwede kang mag-ulat ng mga reklamo o alalahanin sa proseso ng aplikasyon ng diskuwento para sa pasyenteng walang insurance o sa proseso ng pinansyal na tulong sa ospital sa Health Care Bureau ng Illinois Attorney General. Ang toll-free hotline ng Health Care Bureau ay 1-877-305-5145 (TTY 1-800-964-3013).

Impormasyon ng Pasyente

(Sagutan nang naka-print ang lahat ng field. Ilagay ang N/A kung hindi naaangkop sa anumang indibidwal na linya sa aplikasyon)

Petsa: _____ Numero ng Account: _____

Pangalan (unang pangalan at apelyido):

Petsa ng kapanganakan: _____ Marital status: _____ Numero ng telepono: _____

Opsyonal – Pagkakakilanlan ng Kasarian – Itinuturing mo ba ang iyong sarili bilang: Lalaki Babae Transgender na lalaki/trans man/babae na naging lalaki (female-to-male o FTM)

Transgender na babae/trans woman/lalaki na naging babae (male-to-female o MTF) Genderqueer/walang sinusunod na kasarian Hindi eksklusibong lalaki o babae

Karagdagang kategorya ng kasarian (o iba pa)

Opsyonal: Pagkakakilanlan ng Kasarian: Anong kasarian ang orihinal na nakalista sa sertipiko ng iyong kapanganakan? : Lalaki Babae

Opsyonal: Lahi: Puti Itim o African American American Indian o Alaska Native Asian Indian Chinese Filipino Japanese Korean Vietnamese Ibang Asian Native Hawaiian Guamanian o Chamorro Samoan Ibang Pacific Islander

Opsyonal: Etnisidad: Hispanic, Latino/a, o Spanish na pinagmulan Mexican, Mexican American, Chicano/a Puerto Rican Cuban
 Iba pang Hispanic, Latino/Latina, o Spanish na pinagmulan

Opsyonal: Wika: *Nagsasalita ka ba ng ibang wika maliban sa Ingles sa bahay?* Oo Hindi
Kung oo, anong wika?

Opsyonal: Gustong Wika: English Spanish Polish Iba pa: _____

Address ng koreo: _____ Lungsod: _____
Estado: _____ ZIP: _____

Opsyonal: Numero ng Social Security:

Employer: _____
Katayuan sa trabaho: _____

Numero ng telepono ng employer: _____

Impormasyon ng May Pananagutang Partido/Impormasyon ng Legal na Tagapangalaga

(Kung ang pasyente sa itaas ay kapareho ng may pananagutang partido, iwanang blangko ang seksyong ito.)

Pangalan (unang pangalan at apelyido): _____

Petsa ng kapanganakan: _____ Marital status: _____ Numero ng telepono: _____

Address ng koreo: _____ Lungsod: _____ Estado: _____ ZIP: _____

Numero ng Social Security (opsyonal): _____

Employer: _____ Employment status: _____

Impormasyon ng Asawa ng May Pananagutang Partido

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

Pangalan (unang pangalan at apelyido): _____

Petsa ng kapanganakan: _____ Marital status: _____ Numero ng telepono: _____

Address ng koreo: _____ Lungsod: _____ Estado: _____ ZIP: _____

Numero ng Social Security (opsyonal): _____

Employer: _____ Employment status: _____

Numero ng telepono ng employer: _____

Mga Dependent ng May Pananagutang Partido

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

Pangalan: _____ Petsa ng kapanganakan: _____

Relasyon sa may pananagutang partido: _____

Pangalan: _____ Petsa ng kapanganakan: _____

Relasyon sa may pananagutang partido: _____

Pangalan: _____ Petsa ng kapanganakan: _____

Relasyon sa may pananagutang partido: _____

Pangalan: _____ Petsa ng kapanganakan: _____

Relasyon sa may pananagutang partido: _____

Bilang ng nasa hustong gulang at batang naninirahan sa sambayanan: _____

Buwanang Kita

(Punan ng mga halaga sa dolyar ang bawat item na nakalista sa ibaba. Magbigay ng halaga bawat buwan para sa bawat isa.)

Kinikita ng aplikante:

Kita ng asawa ng aplikante:

Mga benepisyo sa social security:

Kita sa pensyon/pagreretiro:

Kita dahil sa kapansanan:

Kompensasyon sa kawalan ng trabaho:

Kompensasyon bilang manggagawa:

Kita sa interes/dibidendo:

Natatanggap na suporta para sa bata: _____

Natatanggap na sustento: _____

Kita sa pag-upa ng ari-arian: _____

Mga food stamp: _____

Natatanggap na trust fund: _____

Iba pang kita: _____

Kabuuang gross na buwanang kita: \$ _____

Buwanang Gastos sa Pamumuhay

Ang seksyong ito ay hindi kinakailangang sagutan ng mga pasyenteng ipinapalagay na kwalipikado para sa pinansyal na tulong gaya ng inilarawan sa Patakaran sa Pinansyal na Tulong ng AdventHealth.

Hulog sa bahay/renta:

Mga utility:

Telepono (landline):

Cell phone:

Mga groseri/pagkain:

Cable/internet/satellite TV:

Pagbabayad para sa kotse:

Pangangalaga sa bata: _____

Mga asset

Suporta sa bata/sustento:

Mga credit card:

Mga bayarin sa doktor/ospital:

Insurance ng sasakyan: _____

Insurance ng bahay/pag-aari: _____

Medikal/Pangkalusugang insurance: _____

Insurance sa buhay: _____

Iba pang buwanang gastos: _____

Kabuuang buwanang gastos: \$ _____

Mga cash/savings/checking account: _____ Mga

stock/bond/investment/CD: _____

Iba pang real estate/pangalawang tirahan: _____

Bangka/RV/motorsiklo/sasakyang panlibangan: _____

Mga collector automobile/mga non-essential automobile: _____

Savings para sa kalusugan/Flexible Spending Account: _____

Pinapahintulutan ko ang AdventHealth na kumuha ng impormasyon mula sa panlabas na mga credit reporting agency. Pinatutunayan kong totoo at tama ang impormasyon sa aplikasyong ito sa abot ng aking kaalaman. Mag-a-apply ako para sa anumang pang-estado, pederal, o lokal na tulong kung saan maaari akong maging kwalipikado para makatulong sa akin sa pagbabayad ng aking medikal na mga bayarin. Naiintindihan kong susuriin ng ADVENTHEALTH kung tama ang impormasyong ibinigay, at pinapahintulutan ko ang AdventHealth na makipag-ugnayan sa mga third party para tiyakin ang katumpakan ng impormasyong ibinigay sa aplikasyong ito. Nauunawaan ko na kung sadyang magbigay ako ng hindi totoong impormasyon sa aplikasyong ito, hindi ako magiging kwalipikado para sa pinansyal na tulong, na maaaring bawiin ang anumang pinansyal na tulong na ibinigay sa akin, at ako ang magbabayad ng (mga) bayarin.

Pirma ng Aplikante: _____

Petsa: _____

Mga komento: _____

Liham ng Suporta

Numero ng medikal na rekord o numero ng account ng pasyente:

Pangalan ng tagasuporta: _____

Relasyon sa pasyente o aplikante: _____

Address ng tagasuporta: _____

AdventHealth: _____

Ipinagbibigay-alam ng liham na ito na si (pangalan ng pasyente): _____ ay kumikita nang maliit o walang kinikita at tumutulong ako sa mga gastusin sa pamumuhay ng taong ito. Ang taong ito ay may kaunting o halos walang obligasyon sa akin.

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

Pirma ng tagasuporta: _____

Petsa: _____

Mahal Naming Pasyente o Aplikante,

Nakatuon at dedikado ang AdventHealth sa pagtulong at sa pagbibigay ng naka-personalize na pangangalaga para sa lahat — lalo na sa mga higit na nangangailangan. Misyon namin at pribilehiyong mag-alok ng pinansyal na tulong sa aming mga pasyente. Available lamang ang pinansyal na tulong para sa mga emergency at iba pang kinakailangang medikal na pangangalaga. Salamat sa pagtitiwala sa amin na pangalagaan ka at ang iyong pamilya para sa inyong mga pangangailangan sa pangangalagang pangkalusugan.

Ipinapadala namin ang liham na ito at ang kalakip na aplikasyon para sa pinansyal na tulong dahil natanggap namin ang iyong kahilingan. Kung hindi mo ito hiniling, mangyaring huwag pansinin ang liham. Pakisagutan ang magkabilang panig, at ilagay ang iyong pirma at petsa bago ito ibalik. Kung sinagutan mo ang isang aplikasyon sa loob ng nakaraang anim na buwan at naaprubahan para sa pinansyal na tulong, pakiabisuhan kami. Maaaring hindi mo na kailangang sagutan ang isang bagong aplikasyon. Hindi na namin isasaalang-alang ang dating aplikasyon na lampas na sa anim na buwan.

Kasama ng aplikasyon, mangyaring magbigay ng kopya ng kahit man lang isa sa sumusunod na mga item bilang patunay ng iyong kita. Kung may asawa ka o may kinakasama sa loob ng anim na buwan o higit pa, kakailanganin din nilang magbigay ng kopya ng kahit isa sa sumusunod na mga item bilang patunay ng kanilang kita bago maproseso ang aplikasyon.

- Mga kopya ng tatlong pinakahuling paystub mula sa employer
- Mga kopya ng pinakahuling taunang tax return (kung self-employed, isama ang lahat ng iskedyul)
- Social Security at/o pension retirement award
- Pinakahuling taunang tax return ng magulang o tagapangalaga, kung ang aplikante ay nakalista bilang dependent sa kanilang tax form at wala pang 25 taong gulang
- Iba pang dokumento sa pagpapatunay ng kita
- Mga kopya ng bank statement mula sa huling tatlong buwan
- Kopya ng pagtanggap ng mga benepisyo sa kawalan ng trabaho

Kung nakakatanggap ka ng tulong mula sa o nakatira sa isang tahanan kasama ang pamilya o mga kaibigan, mangyaring pasagutan sa kanila ang nakalakip na form na may label na Letter of Support. Hindi ibig sabihin nito na sasagutin nila ang mga medikal na bayarin mo. Makakatulong ito na malaman kung paano mo kayang bayaran ang mga gastusin sa pamumuhay. Kung wala kang natatanggap na tulong mula sa pamilya at mga kaibigan, hindi mo kailangang punan ang Letter of Support.

Panghuli, mangyaring magbigay din ng dokumentasyon bilang patunay ng iyong mga buwanang gastusin sa medikal na pangangailangan, parmasya, at gamot.

Ang nasagutang aplikasyon, kasama ang patunay ng kita, ay dapat matanggap para maisaalang-alang ang aplikasyon. Hindi namin magagawang iproseso o isaalang-alang ang mga aplikasyon na di-kumpletong nasagutan.

Pakitandaan na hindi ligtas ang mga komunikasyon sa email gamit ang internet. Bagaman hindi malamang na mangyari, may posibilidad na ang impormasyong ilalagay mo sa isang email ay ma-

intercept at mabasa ng mga partido maliban sa taong papadalhan mo nito. Gusto naming protektahan ang iyong personal na impormasyon at tiyaking nananatili itong ligtas. Dahil naglalaman ng Numero ng Social Security mo at iba pang pribadong impormasyon ang aplikasyon, hinihimok ka namin na huwag itong ipadala sa pamamagitan ng email.

Paki-print at ipadala ang nasagutan mong aplikasyon sa sumusunod na address:

AdventHealth
Attn: Tulong Pinansyal
PO Box 935979
Atlanta, GA 31193

Kung mayroon kang anumang katanungan tungkol sa aplikasyong ito, pakitawagan ang isa sa aming mga financial counselor sa 800-462-0490.

Taos-pusong sumasaiyo,

Patient Financial Services AdventHealth