

## **PROGRAMA NG PINANSYAL NA TULONG PARA SA MGA PASYENTENG WALANG INSURANCE NA MABABA ANG KITA MGA MADALAS NA KATANUNGAN**

### **Paano Ko Malalaman Kung Ako ay Kwalipikado Para sa Pinansyal na Tulong Para sa Aking mga Medikal na Bill sa Ospital?**

Ang kasapi ay nag-aalok ng Pinansyal na Tulong sa aming mga pasyenteng walang insurance na mababa ang kita at na tumutupad sa mga pangangailangan ng programa upang maging kwalipikado. Mangyaring tingnan ang chart, na nakalagay sa likod ng abisong ito, para sa panuntunan ng pagiging kwalipikado ng kita ng pamilya.

Kung ang kita ng iyong pamilya ay mas mababa sa 400% ng Federal Poverty Income Guidelines (Mga Pederal na Patnubay sa Kita ng Karalitaan), maaaring kwalipikado ka para sa 100% Charity Care para sa iyong bill sa ospital.

Ang medical coverage sa kalamidad ay maaari ring makuha ng mga pasyenteng walang insurance na mababa ang kita, na ang karapat-dapat na mga medical bill ay lampas ng 15% ng kita bawat taon ng pamilya ng pasyente.

Sisimulan ng Patient Financial Services Department na iproseso ang pagtitiyak sa pagiging kwalipikado oras na natanggap nila ang isang kinompletong pormularyo ng aplikasyon kasama ng iyong mga dokumento na nagpapatunay ng iyong kita. Ang hindi pagsumite ng isang kinompletong aplikasyon at mga nagbibigay-suportang dokumento sa tamang oras ay maaaring magresulta sa pagtanggì ng charity care.

### **Paano Ako Mag-aaplay Para sa Pinansyal na Tulong?**

Kumpletohin ang nakalakip na pormularyo at ipadala sa Patient Financial Services Office sa sumusunod na address  
CPMC Patient Financial Services  
PO Box 7999  
San Francisco, CA 94120  
Phone: 415-600-7280  
Fax: 415-600-7105

Kailangan mong magbigay ng dokumento ng kita, tulad ng tax return, pay stubs, o listahan ng sahod mula sa pinagtrabahuhan, kasama ng iyong aplikasyon upang maproseso ang iyong kahilingan sa charity.

Iproproseso ng Business Services Office ang iyong aplikasyon at maaaring kailangan ka nilang tawagan bilang bahagi ng proseso ng iyong aplikasyon at maaari silang humingi ng karagdagang impormasyon. Kung kailangan mo ng tulong sa pagkompleto ng pormularyo, mangyaring tumawag sa 415-600-7280.

### **Paano Gumagana Ang Proseso ng Abiso?**

Oras na nakompleto na ang proseso upang malaman kung kwalipikado, ikaw ay padadalhan sa koreo ng isang pormularyo ng Financial Assistance Notification (Abiso sa Pinansyal na Tulong). Ipapahayag sa pormularyo kung ikaw ay kwalipikado para sa buo o bahaging Financial Assistance. Maaari kang makatanggap ng abiso na ikaw ay hindi kwalipikado para sa pinansyal na tulong o na kinakailangan ang karagdagang impormasyon upang gumawa ng isang pagtitiyak.



**PAHAYAG NG PINANSIYAL NA KONDISYON**

**PANGALAN NG PASYENTE** \_\_\_\_\_ **ASAWA** \_\_\_\_\_  
**ADDRESS** \_\_\_\_\_ **TELEPONO** \_\_\_\_\_  
**ACCOUNT#** \_\_\_\_\_ **SSN#** \_\_\_\_\_  
(Pasyente) (Asawa)

**KATAYUAN NG PAMILYA: Ilista ang lahat ng mga dependent na sinusuportahan mo**

Pangalan	Edad	Relasyon
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**TRABAHO AT OKUPASYON**

Tagapag-empleyo \_\_\_\_\_ Posisyon \_\_\_\_\_  
Taong Matatawagan at Telepono \_\_\_\_\_  
Kung Self-Employed (nasa sariling empleyo), Pangalan ng Negosyo \_\_\_\_\_  
  
Tagapag-empleyo ng Asawa \_\_\_\_\_ Posisyon \_\_\_\_\_  
Taong Matatawagan at Telepono \_\_\_\_\_  
Kung Self-Employed (nasa sariling empleyo), Pangalan ng Negosyo \_\_\_\_\_

**KASALUKUYANG KITA BAWAT BUWAN**

	Pasyente	Asawa
<i>Idagdag:</i> Gross Pay (bago ng mga bawas) Kita mula sa Pinapalakad na Negosyo (kung Nasa Sariling-empleyo)	_____	_____
<i>Idagdag:</i> Iba pang Kita: Interest at Dividends Mula sa Real Estate o Personal na Ari-arian Social Security Iba pa (tukuyin): Natatanggap na Alimony o mga Pagbabayad sa Suporta	_____	_____
<i>Ibawas:</i> Binabayaran Alimony, mga Pagbabayad sa Suporta		
<i>Ang lalabas:</i> Kasalukuyang Kita Bawat Buwan Kabuuang Kasalukuyang Kita Bawat Buwan (idagdag ang kita ng Pasyente + Asawa mula sa itaas)	_____	



**LAKI NG PAMILYA**

Kabuuang Miyembro ng Pamilya (idagdag ang pasyente, asawa at dependents mula sa itaas) \_\_\_\_\_  
Sa pamamagitan ng pagpirma ko sa pormularyong ito, sumasang-ayon ako na pahintulutan ang Sutter Health na suriin ang trabaho at credit history (mga dati/kasalukuyang utang) para sa layunin ng pagtitiyak ng aking pagiging kwalipikado para sa isang pinansyal na diskwento. Nauunawaan ko na ako ay maaaring kailangang magbigay ng katibayan para sa impormasyon na aking ibinibigay.

\_\_\_\_\_  
(Pirma ng Pasyente o Tagagarantiya)

\_\_\_\_\_  
(Petsa)

\_\_\_\_\_  
(Pirma ng Asawa)

\_\_\_\_\_  
(Petsa)