

## Mga Tagubilin sa Form sa Aplikasyon para sa Pangangalaga mula sa Kawanggawa/Tulong Pinansyal

Ito ay isang aplikasyon para sa tulong pinansyal (kilala rin bilang pangangalaga mula sa kawanggawa) sa Overlake Hospital Medical Center (OHMC) at/o Mga Overlake Medical Clinic, LLC (OMC)

**Iniuutos ng Estado ng Washington sa lahat ng ospital na magbigay ng tulong pinansyal** sa mga tao at pamilya na nakakatugon sa mga partikular na kinakailangan sa kita. Maaari kang maging kwalipikado para sa libre o pinababang presyo na pangangalaga batay sa laki at kita ng iyong pamilya, kahit na mayroon kang insurance sa kalusugan. *Makikita ang patakaran sa tulong pinansyal sa [www.overlakehospital.org/financialpolicies](http://www.overlakehospital.org/financialpolicies)*

**Ano ang sinasaklaw ng tulong pinansyal?** Sinasaklaw ng tulong pinansyal ang mga naaangkop na serbisyong ibinibigay ng OHMC at/o OMC depende sa iyong kwalipikasyon. Maaaring hindi masaklaw ng tulong pinansyal ang lahat ng gastos sa pangangalaga ng kalusugan, kabilang ang mga serbisyong ibinibigay ng iba pang mga organisasyon.

**Kung mayroon kang mga tanong o nangangailangan ka ng tulong sa pagsagot ng aplikasyon na ito:** Pakitawagan ang aming Coordinator sa Tulong Pinansyal sa 425-635-6239. Maaari kang kumuha ng tulong para sa anumang dahilan, kabilang ang tulong sa may kapansanan at sa wikang gagamitin.

**Upang maiproseso ang iyong aplikasyon, dapat mong gawin ang mga sumusunod:**

- Bigyan kami ng impormasyon tungkol sa iyong pamilya**  
Ibigay ang bilang ng mga miyembro ng pamilya na nasa iyong tirahan (kabilang sa pamilya ang mga taong may kaugnayan ayon sa kapanganakan, kasal o pag-aampon na naninirahan nang magkakasama)
- Bigyan kami ng impormasyon tungkol sa kabuuang buwanang kita ng iyong pamilya (kita bago mapatawan ng mga buwis at kabawasan)**
- Magbigay ng dokumentasyon para sa kita ng pamilya**
- Maglakip ng karagdagang impormasyon kung kinakailangan**
- Lagdaan at lagyan ng petsa ang form**

**Paalala: Hindi mo na kailangang magbigay ng numero ng Social Security upang mag-apply para sa tulong pampinansyal.** Kung ibinigay mo sa amin ang iyong numero ng Social Security, makakatulong ito sa pagpapabilis ng pagpoproseso ng iyong aplikasyon. Ginagamit ang mga numero ng Social Security upang i-verify ang impormasyong ibinigay mo sa amin. Kung wala kang numero ng Social Security, pakimarkahan ang “hindi naaangkop” o “NA.”

**Ipadala sa pamamagitan ng mail o fax ang nasagutang aplikasyon kasama ang lahat ng dokumentasyon sa:**

Overlake Hospital Medical Center  
1035 116th Ave NE  
Bellevue, WA 98004-9971  
Attn: Patient Financial Services

Maaari mong gamitin ang nakalakip na sobre para sa iyong sagot.  
Tiyaking magtabi ng sarili mong kopya.

Ipapaalam namin sa iyo ang pinal na desisyon hinggil sa kwalipikasyon at mga karapatan sa pag-apela, kung naaangkop, sa loob ng 14 na araw sa kalendaryo mula sa pagtanggap ng kumpletong aplikasyon para sa tulong pinansyal, kabilang ang dokumentasyon ng kita.

Sa pamamagitan ng pagsusumite ng aplikasyon para sa tulong pampinansyal, pinapahintulutan mo kami na magsagawa ng mga kinakailangang pagtatanong upang kumpirmahin ang mga obligasyon at impormasyong pampinansyal.

**Gusto naming makatulong. Pakisumite ang iyong aplikasyon nang maaga!  
Maaari kang makakuha ng mga bayarin bago namin matanggap ang aplikasyon mo.**

## Form sa Aplikasyon para sa Pangangalaga mula sa Kawanggawa/Tulong Pinansyal – kumpidensyal

*Pakibigay ang lahat ng impormasyon. Kung hindi naaangkop, isulat ang "NA." Maglakip ng karagdagang pahina kung kailangan.*

### IMPORMASYON SA SCREENING

Kailangan mo ba ng tagasalin ng wika? <input type="checkbox"/> <b>Oo</b> <input type="checkbox"/> <b>Hindi</b> <i>Kung Oo, isulat ang gusto mong wika:</i>
Nakapag-apply na ba ang pasyente para sa Medicaid? <input type="checkbox"/> <b>Oo</b> <input type="checkbox"/> <b>Hindi</b> <i>Maaaring kailanganing mag-apply bago kilalanin para sa tulong pinansyal</i>
Kasalukuyan bang walang tirahan ang pasyente? <input type="checkbox"/> <b>Oo</b> <input type="checkbox"/> <b>Hindi</b>
Ang pangangailangan ba ng pasyente para sa medikal na pangangalaga ay nauugnay sa isang aksidente sa daan o pinsala mula sa trabaho? <input type="checkbox"/> <b>Oo</b> <input type="checkbox"/> <b>Hindi</b>

### PAKITANDAAN

- Hindi namin magagarantiya na magiging kwalipikado ka para sa tulong pinansyal, kahit na nag-apply ka.
- Kapag naipadala na ang aplikasyon, maaari naming suriin ang lahat ng impormasyon mo at humiling ng karagdagang impormasyon o patunay ng kita.
- Sa loob ng 14 na araw sa kalendaryo pagkatapos naming matanggap ang nasagutang aplikasyon at dokumentasyon, aabisuhan ka namin kung kwalipikado ka para sa tulong.

### IMPORMASYON NG PASYENTE AT APLIKANTE

Pangalan ng pasyente	Gitnang pangalan ng pasyente	Apelyido ng pasyente
<input type="checkbox"/> Lalaki <input type="checkbox"/> Babae <input type="checkbox"/> Iba pa (maaaring tukuyin _____)	Petsa ng Kapanganakan	Numero ng Social Security (opsyonal*) <small>*opsyonal, ngunit kinakailangan para sa higit pang tulong sa mga kinakailangan ng batas ng estado na nasa itaas [???</small>
Taong May Pananagutan para sa Pagbabayad ng Singil	Kaugnayan sa Pasyente	Petsa ng Kapanganakan Numero ng Social Security (opsyonal*) <small>*opsyonal, ngunit kinakailangan para sa higit pang tulong sa mga kinakailangan ng batas ng estado na nasa itaas [???</small>
Address sa Pagpapadala _____ _____ Lungsod Estado Zip Code		(Mga) Pangunahing numero ng contact ( ) _____ ( ) _____ Email Address: _____
Katayuan sa trabaho ng taong may pananagutan para sa bayarin <input type="checkbox"/> <b>May trabaho</b> (petsa ng pagsisimula sa trabaho: _____) <input type="checkbox"/> <b>Walang trabaho</b> (gaano katagal nang walang trabaho: _____) <input type="checkbox"/> <b>Self-Employed</b> <input type="checkbox"/> <b>Mag-aaral</b> <input type="checkbox"/> <b>May kapansanan</b> <input type="checkbox"/> <b>Retirado</b> <input type="checkbox"/> <b>Iba pa</b> (_____)		

### IMPORMASYON NG PAMILYA

Ilista ang mga miyembro ng pamilya sa iyong tirahan, kabilang ka. Kabilang sa "Pamilya" ang mga taong may kaugnayan ayon sa kapanganakan, kasal o pag-aampon na naninirahan nang magkakasama.

**BILANG NG MGA TAO NG PAMILYA** \_\_\_\_\_

*Maglakip ng karagdagang pahina kung kinakailangan*

Pangalan	Petsa ng Kapanganakan	Kaugnayan sa Pasyente	Kung edad 18 pataas: Pangalan ng employer o pinanggagalingan ng kita	Kung edad 18 pataas: Kabuuang buwanang kita (bago bawasan ng buwis):	Nag-a-apply rin ba para sa tulong pinansyal?
					Oo / Hindi
					Oo / Hindi
					Oo / Hindi
					Oo / Hindi

**Dapat ibunyag ang kita ng lahat ng nasa hustong gulang na miyembro ng pamilya. Kabilang sa mga pinanggagalingan ng kita, halimbawa:**

- Mga sweldo - Unemployment - Self-employment - Sweldo ng manggagawa - Pagkakaroon ng kapansanan - SSI
- Sustento para sa anak/asawa - Mga programang nagbibigay ng trabaho upang makapag-aral (mga mag-aaral) - Pension

- Mga retirement account distribution - Iba pa (pakipaliwanag \_\_\_\_\_)

## Form sa Aplikasyon para sa Pangangalaga mula sa Kawanggawa/Tulong Pampinansyal – kumpidensyal

### IMPORMASYON NG KITA

**TANDAAN:** *Dapat kang maglakip ng patunay ng kita kasama ng iyong aplikasyon.*

Dapat kang magbigay ng impormasyon tungkol sa kita ng iyong pamilya. Kinakailangan ang pagpapatotoo sa kita upang matukoy ang tulong pinansyal.

**Dapat ibunyag ng lahat ng miyembro ng pamilya na 18 o pataas ang edad ang kanilang kita. Kung hindi ka makakapagbigay ng dokumentasyon, maaari kang magsumite ng nakasulat na nilagdaang pahayag na naglalarawan sa iyong kita. Mangyaring magbigay ng patunay para sa bawat kinilalang pinanggagalingan ng kita.**

**Kabilang ang mga sumusunod sa mga halimbawa ng patunay ng kita:**

- Isang "W-2" withholding statement; o
- Mga kasalukuyang stub sa pagbabayad (3 buwan); o
- Income tax return ng nakaraang taon, kabilang ang mga iskedyul kung naaangkop; o
- Mga nakasulat at nilagdaang pahayag mula sa mga employer o iba pa; o
- Pag-apruba/pagtanggi ng kwalipikasyon para sa Medicaid at/o medikal na tulong na pinondohan ng estado; o
- Pag-apruba/pagtanggi ng kwalipikasyon para sa bayad para sa unemployment.

Kung wala kang patunay ng kita o wala kang kita, mangyaring maglakip ng karagdagang pahinang may paliwanag.

### KARAGDAGANG IMPORMASYON

Mangyaring maglakip ng karagdagang pahina kung may iba pang impormasyon tungkol sa iyong kasalukuyang sitwasyong pampinansyal na gusto mong ipaalam sa amin, gaya ng pagkagipit, madalang o pansamantalang kita o personal na kawalan.

### KASUNDUAN NG PASYENTE

Nauunawaan ko na maaaring patotohanan ng Overlake Hospital Medical Center/Overlake Medical Clinics LLC ang impormasyon sa pamamagitan ng pagsusuri sa impormasyon ng credit at pagkuha ng impormasyon mula sa iba pang mga pinagkukunan upang makatulong sa pagtukoy ng kwalipikasyon para sa tulong pinansyal o mga plano sa pagbabayad.

Pinaninindigan kong ang mga impormasyon na nasa itaas ay totoo at tama sa abot ng aking nalalaman. Nauunawan ko na kung mapag-alamang hindi tama ang mga impormasyong ibinibigay ko, ang resulta ay magiging pagtanggap ng tulong pampinansyal, at ako ang may pananagutan sa at inaasahang magbayad para sa mga serbisyong ibinigay.

\_\_\_\_\_

Lagda ng Aplikante

\_\_\_\_\_

Petsa