

Paano mag-apply para sa pinansyal na tulong

Mga tagubilin sa pagkumpleto ng iyong aplikasyon

Ayon sa batas, lahat ng ospital ay dapat na magbigay ng pinansyal na tulong sa mga tao at pamilyang nakakatugon sa ilang partikular na pangangailangan. Maaari kang makatanggap ng libreng pangangalaga o magbayad nang mas mababa para sa ilang serbisyo batay sa laki ng iyong pamilya at kita, kahit na mayroon kang insurance sa kalusugan. Para makita ang aming patakaran tungkol sa pinansyal na tulong, pumunta sa **ohsu.edu/financial-assistance**.

Ano ang sinasaklaw ng pinansyal na tulong

- Hindi lahat ng serbisyo ay kuwalipikado. Kailangan mong siguraduhin na sinasaklaw ang serbisyo bago mo ito matanggap. Para sa listahan ng mga serbisyong **HINDI namin sinasaklaw**, tingnan ang aming patakaran tungkol sa pinansyal na tulong sa **ohsu.edu/financial-assistance**.
- Kung naaprubahan ka para sa pinansyal na tulong, HINDI nito ginagarantiya na makakakuha ka ng mga serbisyo.
- Kung kuwalipikado ka para sa Medicaid o iba pang programa, hinihikayat ka naming mag-apply. Maaaring may mas maraming benepisyo ang Medicaid o iba pang programa.

Mga hakbang sa pagkumpleto ng application form



- ❶ Punan ang impormasyon tungkol sa iyo at sa iyong pamilya.
 - **HINDI** mo kailangang ibigay ang iyong social security number.
 - Ang sambahayan ay isang tao, mag-asawa, o rehistradong domestic partner (kahit na wala siya sa iyong tax return), at kasama pa ang anumang mga dependent na kini-claim mo sa iyong tax return. Ang batang wala pang 18 taong gulang ay karaniwang isang dependent. Mga halimbawa ng sambahayan:
 - Mga legal na mag-asawa (o mga domestic partner) na magkasamang nakatira, kasama ang kanilang mga dependent na anak na wala pang 18 taong gulang, at sinumang iba pang nakatira o hindi nakatira sa sambahayan na kini-claim nitong dalawa sa kanilang mga buwis.
 - Mga taong hindi kasal na magkasamang may isa o higit pang anak nilang pareho, kung ang anak ang pasyente.
 - Mga ini-sponsor na hindi mamamayan ng U.S., kanilang sponsor, at ang pamilya ng sponsor.
- ❷ Punan ang impormasyon tungkol sa panlahatang kita ng iyong sambahayan (halaga ng kita bago kaltasan ng mga buwis at deduction).
- ❸ Ideklara at magbigay ng katibayan ng mga pag-aari para

matulungan kaming malaman kung kuwalipikado ka para sa mga programa ng Medicaid.

- ④ Isama ang lahat ng iba pang impormasyong hinihingi namin.
- ⑤ Lagdaan at ilagay ang petsa sa form ng pinansyal na tulong.

Para sa tulong sa pagkumpleto ng aplikasyon, tumawag sa **503-494-8551**, Lunes-Biyernes, 9 a.m.-4:30 p.m.



Mga dokumentong isasama sa form



Mangyaring **ipadala ang pinakabagong kopya** ng lahat ng dokumentong nasa ipinapakita sa ibaba na naaangkop sa iyo.

HINDI namin maibabalik ang mga orihinal na dokumento.

- ☐ **Katibayan ng paninirahan.** Magbigay ng isa sa mga sumusunod: utility bill na nakapangalan sa iyo, kasunduan sa pagrenta, mortgage statement para sa iyong tirahan, kopya ng iyong lisensiya sa pagmamaneho o identification card. Maaari kaming humingi ng karagdagan pang katibayan ng paninirahan. Kinakailangang naninirahan ka sa Estados Unidos at walang planong umalis ng bansa.
- ☐ **Mga paycheck stub** para sa huling 3 buong buwan ng kalendaryo. Kung wala kang paystub, maaari kang magbigay sa amin ng liham mula sa iyong pinagtatrabahuhan na nagsasaad ng iyong panlahatang kita para sa huling 3 buong buwan ng kalendaryo. *Binibilang ang kita sa buwan kung kailan ito natanggap (petsa ng pagbabayad) at hindi sa buwan kung kailan ito kinita.*
- ☐ **Mga income tax return** para sa pinakahuling taon na nakapag-file, kasama ang anumang mga schedule (gaya ng Schedule C para sa kinita kapag nagtatrabaho para sa sarili).
- ☐ **Liham ng Social Security, Veterans, Pagkakaloob ng Pension** o ang mga katumbas nito.
- ☐ **Determinasyon ng mga claim** mula sa State Employment Division.
- ☐ **Statement ng child support** at/o **spousal support**.
- ☐ **Self-Employment Income Worksheet** o **Profit and Loss** statement para sa huling 3 buong buwan ng kalendaryo.
- ☐ Mga dokumentong nagsisilbing beripikasyon para sa **anumang iba pang pinanggagalingan ng kita** na nakalista sa iyong aplikasyon, kabilang ang kita mula sa interes o mga dividend, o anumang iba pang regular na pinagmumulan ng kita.
- ☐ **Mga statement ng bangko o credit union** para sa checking at savings account.
- ☐ **Mga statement ng mga cash deposit (CD), stocks, bonds, o investment account.**

Isumite ang form



- Ipapaalam namin sa iyo kung kuwalipikado ka para sa pinansyal na tulong sa loob ng **3 linggo** pagkatapos naming matanggap ang iyong kumpletong aplikasyon at mga dokumento.
- Patuloy ka pa ring makakatanggap ng mga pagsingil habang pinag-aaralan namin ang iyong aplikasyon.

Koreo:

Oregon Health & Science University
Patient Financial Services, RPB07
3181 SW Sam Jackson Park Road
Portland, OR 97239-3098
Fax: 503-418-2377
Email: sfr@ohsu.edu

Para maihatid nang personal:

Mangyaring tumawag sa 503-494-8551 para malaman ang lokasyon na pinakamalapit sa iyo.



Form ng Aplikasyon para sa Pinansyal na Tulong

Mangyaring kumpletuhin ang lahat ng kailangang impormasyon. Kung hindi naaangkop ang isang bagay, sagutan ito ng "NA." Maglakip ng karagdagang mga pahina kung kailangan.

IMPORMASYON PARA SA SCREENING

Kailangan mo ba ng interpreter? ☐ Oo ☐ Hindi Kung Oo, ilagay ang ninanais mong wika:

Nag-apply ba ang pasyente para sa Medicaid? ☐ Oo ☐ Hindi

Tumatanggap ba ang pasyente ng mga serbisyong pampubliko mula sa estado gaya ng TANF, Basic Food, o WIC? ☐ Oo ☐ Hindi

Kasalukuyan bang walang tirahan ang pasyente? ☐ Oo ☐ Hindi

May kaugnayan ba ang pagpapagamot ng pasyente sa isang aksidente sa sasakyan o pinsalang naganap sa trabaho?
☐ Oo ☐ Hindi

Sa aling pasilidad humihingi ng pinansyal na tulong ang pasyente? ☐ Hillsboro Medical Center ☐ OHSU

PAKITANDAAN

- Hindi namin magagarantiya na magiging kuwalipikado ka para sa pinansyal na tulong kahit na mag-apply ka.
- Oras na naisumite mo na ang iyong aplikasyon, maaari naming suriin ang lahat ng impormasyon at maaari kaming humingi ng karagdagan pang impormasyon o katibayan ng kita.
- Sa loob ng 21 araw ng kalendaryo pagkatapos naming matanggap ang iyong kumpletong aplikasyon at mga dokumento, ipapaalam namin sa iyo kung kuwalipikado ka para sa pinansyal na tulong.

IMPORMASYON TUNGKOL SA PASYENTE AT APLIKANTE

Pangalan ng pasyente	Gitnang pangalan ng pasyente	Apelyido ng pasyente
☐ Lalaki ☐ Babae ☐ Iba pa (mangyaring tukuyin_____)	Petsa ng Kapanganakan	Social Security Number ng Pasyente (opsiyonal)
Taong May Pananagutan para sa Pagbabayad ng Bill	Kaugnayan sa Pasyente	Petsa ng Kapanganakan
Address na Pagpapadalhan ng Liham (kasama ang aktuwal na address kung kaiba ito)		Pangunahing (mga) numero ng telepono
_____		() _____
_____		() _____
Lunsod	Estado	Zip Code
		Email Address: _____

Kalagayan sa trabaho ng taong may pananagutan para sa pagbabayad ng bill
☐ **May Trabaho** (petsa ng kung kailan nagsimulang magtrabaho: _____) ☐ **Walang Trabaho** (gaano katagal nang walang trabaho: _____)
☐ **Nagtatrabaho para sa Sarili** ☐ **Mag-aaral** ☐ **May Kapansanan** ☐ **Retirado** ☐ **Iba pa** (_____)

IMPORMASYON NG PAMILYA

Ilista ang mga miyembro ng sambahayan/pamilya na pinansiyal mong sinusuportahan, kasama ang iyong sarili. Mangyaring tingnan ang mga tagubilin para sa mga kahulugan at halimbawa ng sambahayan.

LAKI NG PAMILYA _____

Maglakip ng karagdagang pahina kung kinakailangan

Pangalan	Petsa ng Kapanganakan	Kaugnayan sa Pasyente	Pangalan ng (mga) pinagtatrabahuhan o pinanggagalingan ng kita	Kabuuang panlahatang kita (bago kaltasan ng buwis):	Nag-a-apply din ba para sa pinansyal na tulong?
					Oo / Hindi
					Oo / Hindi
					Oo / Hindi

					Oo / Hindi
Dapat ideklara ang lahat ng perang pinagtrabahuhan at perang hindi pinagtrabahuhan ng bawat miyembro ng pamilyang nasa sapat na gulang. Mangyaring ipahayag ang mga perang hindi pinagtrabahuhan ng sinuman sa sambahayan na wala pang 18 taong gulang. Kabilang sa mga pinagmumulan ng kita ang, halimbawa: - Mga sahod - Benepisyo sa kawalan ng trabaho - Mga kinikita habang nagtatrabaho para sa sarili - Kabayaran para sa pinsalang natamo sa trabaho - Benepisyo para sa kapansanan - SSI - Child/spousal support - Mga work-study na programa (para sa mga mag-aaral) - Pension - Mga perang natatanggap mula sa retirement account - Iba pa (<i>mangyaring ipaliwanag</i>) _____					



IMPORMASYON SA KITA

TANDAAN: Kinakailangan mong maglakip ng katunayan ng kita kasama ng iyong aplikasyon.

Dapat kang magbigay ng impormasyon tungkol sa kinikita ng iyong pamilya. Kinakailangang maberipika ang kinikita para matukoy kung kuwalipikado ka para sa pinansyal na tulong.

Dapat ideklara ng lahat ng miyembro ng pamilya ang kanilang kinikita. Mangyaring magbigay ng katunayan para sa bawat tinukoy na pinagmumulan ng kinikita. Mangyaring tingnan ang pabalat na pahina para sa kumpletong listahan ng mga kinakailangan tungkol sa mga kinikita. Kabilang sa mga halimbawa ng katunayan ng kinikita ang:

- Mga kasalukuyang pay stub (na sinasaklaw ang huling 3 buwan); at
- Income tax return para sa nakaraang taon, kasama ang mga kalakip na schedule, kung naaangkop; at
- Nakasulat at nilagdaang pahayag, mula sa pinagtatrabahuhan o iba pang tao; at
- Dokumento ng pag-apruba/pagtanggi sa pagiging kuwalipikado para sa Medicaid at/o medikal na tulong na pinopondohan ng estado; at
- Dokumento ng pag-apruba/pagtanggi sa pagiging kuwalipikado para sa benepisyo sa kawalan ng trabaho (unemployment compensation)
- Mga statement mula sa mga pinansyal na institusyon

Kung wala kang kinikita, mangyaring maglakip ng karagdagang pahina na nagbibigay ng paliwanag tungkol dito.

IMPORMASYON SA GASTUSIN

Opsijonal. Maaaring gamitin sa ilang sitwasyon para magkaroon ng mas kumpletong larawan ng iyong pinansyal na kalagayan.

Buwanang Gastusin ng Sambahayan:

Renta/mortgage	\$ _____	Mga medikal na gastusin	\$ _____
Mga premium sa insurance	\$ _____	Mga utility	\$ _____
Iba Pang Utang/Mga gastusin	\$ _____	(child support, mga pautang, mga gamot, iba pa)	

IMPORMASYON NG PAG-AARI

Gagamitin ang impormasyong ito para matukoy kung kuwalipikado ka para sa ilang Medicaid na programa. Hindi ito gagamitin para matukoy ang iyong pagiging kuwalipikado para sa pinansyal na tulong.

Kasalukuyang balanse ng checking account \$ _____	Mayroon bang iba pang ganitong pag-aari ang iyong pamilya? Mangyaring lagyan ng tsek ang lahat ng naaangkop
Kasalukuyang balanse ng savings account \$ _____	☐ Mga stock ☐ Mga bond ☐ (Mga) Health Savings Account
	☐ (Mga) trust ☐ Ari-arian (hindi kasama ang pangunahing tinitirahan)
	☐ Nag-aari ng negosyo

KARAGDAGANG IMPORMASYON

Mangyaring magdagdag ng karagdagang pahina kung mayroong iba ka pang impormasyon tungkol sa iyong kasalukuyang pinansyal na kalagayang nais mong malaman tungkol sa namin, tulad ng pinansiyal na kahirapan, malalaking medikal na gastusin, mga papana-panahon o pansamantalang kinikita, o personal na pagkalugi.

KASUNDUAN NG PASYENTE

Nauunawaan ko na maaaring beripikahin ng OHSU Health ang impormasyon sa pamamagitan ng pagsusuri ng impormasyon tungkol sa kredito at pagkuha ng impormasyon mula sa iba pang mga mapagkukunan para makatulong sa pagtukoy kung kuwalipikado ako para sa pinansyal na tulong o mga plano ng pagbabayad.

Pinatutunayan ko na ang impormasyong nakasaad sa itaas ay totoo at tama sa lubos ng aking kaalaman. Nauunawaan ko na kung mapatunayang hindi totoo ang pinansyal na impormasyong ibinigay ko, na maaaring magresulta ito sa pagtanggi ng pinansyal na tulong at maaari akong managot para sa at inaasahang magbayad para sa serbisyong ibinigay.

Lagda ng Taong Nag-aapply

Petsa