

Importante: MAARI KANG MAKATANGGAP NG PARSYAL O BUONG KABUUAN NA PAGBAWAS SA IYONG KABAYARAN SA PANGANGALAGA. Sa pagkukumpleto ng aplikasyong ito, ang Hilo Medical Center ay makapag-dedetermina kung ikaw ay karapat-dapat na makasali sa aming pinansyal na tulong na programa para sa iyong mga serbisyo sa pangkalusugang pangangalaga. Paki-sangguni sa buod ng aming Polisiya ng Pinansyal na Tulong para maintindihan ang mga rekisitos ng pagiging karapat-dapat ng isang pasyente.

Mga Tagubilin: Paki-kumpleto ng buo ang aplikasyong ito at pirmahan ang otorisasyon para sa pag-beberipika ng impormasyon. Ang mga form na ito ay maaaring isumite sa ospital ng personal, sa pamamagitan ng fax o koreo sa:

Hilo Medical Center
 Attn: Business Office
 1190 Waianuenue Avenue, Hilo, HI 96720
 Fax: 808-974-6723
 Telepono: 808-932-4347

Bagaman walang palugit sa pagsusumite ng aplikasyong ito, paki- paalalahanan na ikaw ay responsable para sa iyong bayarin habang ang aplikasyong ito ay sinusuri. Dahil sa dami ng mga aplikasyon, paki-pahintulutan ang isang buwan para sa pagpo-proseso. Ang mga aplikasyon ay susuriin ayon sa pagkasunod-sunod kung kailan sila natanggap.

IMPORMASYON NG APLIKANTE

Email Address:		Bilang ng Pamilya:
Apelyido:	Unang Pangalan:	Titik ng Gitnang Pangalan
Petsa ng Kapanganakan:	SSN: - -	Telepono:
Address ng Tirahan:		Apt. #
Lungsod:	Estado/Bansa:	ZIP Code:
Telepono ng Tirahan:	Cell na Telepono:	
Kabuuang Halaga ng Buwanang Kita:		

TAGAPANAGOT / GUARANTOR (MAGULANG KUNG MENOR DE EDAD)

Email Address:		Relasyon sa Pasyente:
Apelyido:	Unang Pangalan:	Titik ng Gitnang Pangalan
Pinagtatrabahuan:	Address ng Pinagtatrabahuan:	
Telepono ng Tirahan:	Cell na Telepono:	
Kabuuang Halaga ng Buwanang Kita:		

ITINUTURING NA KARAPAT-DAPAT

Ang mga hindi naka-segurong pasyente na nagpakita ng isa sa mga Kriterion ng Itinuturing na Karapat-dapat na nakalista ng indibiduwal sa ibaba o sa pamamagitan ng mga benepisyong inilaan sa kanilang pamilya ay otomatikong karapat-dapat na makatanggap ng **pagkabawas sa presyo ng pangangalaga at ang walang patunay ng kita ay hihilingin.**

I-tsek ang lahat ng nauukol:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> WIC: WOMEN, INFANTS, AND CHILDREN NUTRITION SERVICES | <input type="checkbox"/> PAGKA-WALANG TAHANAN O NASA BAHAY- KALINGA |
| <input type="checkbox"/> SNAP: SUPPLEMENTAL NUTRITION ASSISTANCE PROGRAM (FOOD STAMPS) | <input type="checkbox"/> KUNG ANG APLIKANTE AY PUMANAW AT WALANG PAG-AARI |
| <input type="checkbox"/> LIHEAP: LOW INCOME HOME ENERGY ASSISTANCE PROGRAM | <input type="checkbox"/> KARAPAT-DAPAT SA MEDICAID NGUNIT HINDI SA PETA SA NG SERBISYO O HINDI SAKLAW NA SERBISYO |
| <input type="checkbox"/> COMMUNITY-BASED MEDICAL ASSISTANCE PROGRAM | <input type="checkbox"/> HAWAII PERMANENT SUPPORTIVE HOUSING PROGRAM |
| <input type="checkbox"/> PASYENTE AY NAKULONG SA MAHABANG PANAHOON DAHIL SA KASALANAN AT NAGKAROON NG PAGKAKAUTANG BAGO ANG PAGKAKULONG | <input type="checkbox"/> WALANG MENTAL NA KAPASIDAD AT WALANG KIKILOS PARA SA KANYA |
| <input type="checkbox"/> TANF OR TAONF: TEMPORARY ASSISTANCE FOR (OTHER) NEEDY FAMILIES | <input type="checkbox"/> PERSONAL NA BANGKAROTE |
| | <input type="checkbox"/> KARAPAT-DAPAT SA ILALIM NG VIOLENT CRIME VICTIMS COMPENSATION ACT OR SEXUAL ASSAULT VICTIMS COMPENSATION ACT |

**** Kung ikaw ay nagpakita ng Itinuturing na Karapat-dapat, hindi mo na kailangan na magbigay ng kahit anong impormasyon tungkol sa kita. Ngunit kailangan mo pa ring pirmahan ang Pagpapatunay ng Aplikante sa hulihan ng aplikasyong ito . ****

SUPLEMENTONG DOKUMENTASYON

Paki-sama ang kopya (huwag ipadala ang mga orihinal) ng mga sumusunod na dokumento. (Kung ikaw ay nagpakita ng Itinuturing na Karapat-dapat, lumaktaw sa seksyon ng Pagpapatunay ng Aplikante sa hulihan ng aplikasyon):

Mga Kinakailangang Dokumento:

Beripikasyon ng Kita: (Magbigay ng isa o higit pa para sa bawat miyembro ng pamilya na may trabaho)

- kopya ng pinakahuling dokumento ng buwis
- kopya ng pinakahuling W-2 at 1099 Forms
- kopya ng pinakahuling papel ng pagbayad
- ulat ng mabeberipikang sahod mula sa pinagtatrabahuan kung ito ay natanggap bilang pera
- ano pa mang beripikasyon mula sa pangatlong partido tungkol sa iyong kita

Kung nauukol, paki-sumite din ang mga sumusunod na dokumento:

Beripikasyon ng Ari-arian: (Ibigay ang lahat na nauukol para sa pasyente at tagapanagot/guarantor)

- pinakabagong mga ulat ng bangko (checking & savings)

Mga Naka-dependeng Miyembro ng Sambahayan (Ilista ang lahat ng miyembro na iyong binibigyan ng suporta)

Pangalan	Edad:	Relasyon

PINAGMUMULAN NG BUWANANG KITA

Responsableng Partido/Tagapanagot Asawa/Iba Pang Miyembro ng Sambahayan

Kabuuang Halaga ng Buwanang kita Sa Trabaho:	\$	\$
Sosyal na Pang-seguridad:	\$	\$
Disabilidad:	\$	\$
Pensiyon:	\$	\$
Mga Benepisyo sa Kawalan ng Trabaho:	\$	\$
Sustento:	\$	\$
VA mga Benepisyo:	\$	\$
Iba pa:	\$	\$

Kung hindi ka makapagbibigay ng anumang dokumentasyon ukol sa iyong kita, punan ang pahayag sa ibaba:

Ako, _____ (pangalan), ay nagpapatunay na wala akong mga dokumento na magpapatunay ng buwanang kita ng aking pamilya sa halagang \$_____.

**** Kung ikaw ay nagpakita ng Itinuturing na Karapat-dapat, hindi mo na kailangan na magbigay ng kahit anong impormasyon tungkol sa kita. Ngunit kailangan mo pa ring lagdaan ang Pagpapatunay ng Aplikante sa hulihan ng aplikasyong ito . ****

Hilo Medical
Center
Aplikasyon Para sa Programa ng Pinansyal na Tulong Pasyente Numero ng Account

ARI- ARIAN

Pangalan ng Bangko:	Uri ng Account:	Pinakahuling Balanse sa Ulat ng Bangko:
		\$
		\$
		\$
		\$

PAGPAPATUNAY NG APLIKANTE: Ako ay nagpapatunay na ang impormasyon sa aplikasyong ito ay totoo at tama sa abot ng aking nalalaman. Ako ay humihiling sa kahit anong estado, pederal o lokal na pagtulong kung saan ako ay karapat-dapat sa tulong para mabayaran itong gastusin sa ospital. Naiintindihan ko na ang impormasyong aking ibinigay ay maaaring beripikahin ng ospital, at ako ay nagpapahintulot sa ospital na kontakin ang mga pangatlong partido para maberipika ang kawastuan ng impormasyon na ibinigay sa aplikasyong ito. Naiintindihan ko na kung batid ko ang pagbibigay ng hindi totoong impormasyon sa aplikasyong ito, ako ay hindi magiging karapat-dapat para sa pinansyal na tulong, anumang pinansyal na tulong na napagkaloob sa akin ay maaaring mabaligtad, at ako ay magiging responsable sa lahat ng kabayaran ng gastos sa ospital.

Responsableng Partido (Tagapanagot): _____ Petsa: _____
(Lagda)

Kung ikaw ay nakapag-sumite ng aplikasyon ng pinansyal na tulong sa huling 60 araw at gusto mong malaman ang istado ng iyong aplikasyon, paki-kontak ang Patient Financial Services direkta sa (808) 932-3420.

**** Kung ikaw ay nagpakita ng Itinuturing na Karapat-dapat, hindi mo na kailangan na magbigay ng kahit anong impormasyon tungkol sa kita. Ngunit kailangan mo pa ring lagdaan ang Pagpapatunay ng Aplikante sa hulihan ng aplikasyong ito . ****

