

Form ng aplikasyon para sa tulong pinansiyal



Importante: MAAARI KANG MAKATANGGAP NG LIBRE O MAY DISKWENTONG PANGANGALAGA: Makatutulong sa AdventHealth ang pagsagot sa aplikasyon na ito para matukoy kung maaari kang makatanggap ng libre o may diskwentong mga serbisyo o iba pang pampublikong programa na makatutulong sa pagbabayad sa pangangalaga ng kalusugan mo. Pakisumite ang aplikasyon na ito sa address na nakalista sa cover letter.

KUNG WALA KANG INSURANCE, HINDI KAILANGAN ANG SOCIAL SECURITY NUMBER PARA MAGKWALIPIKA PARA SA LIBRE O MAY DISKWENTONG PANGANGALAGA. Gayunpaman, kailangan ang Social Security Number para sa ilang pampublikong programa, kabilang na ang Medicaid. Hindi kinakailangan na magbigay ng Social Security Number pero makatutulong ito sa AdventHealth na matukoy kung kwlaipekado ka para sa anumang pampublikong programa. Para sa anumang katanungan sa aplikasyon na minarkahan ng “opsiyonal,” hindi magkakaroon ng epekto ang tugon mo (o hindi pagtugon) sa kalalabasan ng aplikasyon.

Pakipunan ang form na ito at isumite ito sa AdventHealth nang personal, sa pamamagitan ng koreo, sa pamamagitan ng electronic mail, o sa pamamagitan ng fax para mag-apply para sa libre o may diskwentong pangangalaga sa lalong madaling panahon pagkalipas ng petsa ng serbisyo. Tatanggapin namin ang aplikasyon mo nang hanggang 240 araw kasunod ng unang billing statement para sa pangangalaga mo. Sa pagsumite ng aplikasyon na ito, pinapatotohanan mo na sinikap mo na ibigay ang lahat na impormasyong hinihingi sa aplikasyon para matulungan ang AdventHealth sa pagtukoy kung karapat-dapat ang pasyente para sa tulong pinansyal. Kung mayroon kang anumang tanong sa proseso ng aplikasyon, maaari kang makipag-ugnayan sa financial counseling department ng AdventHealth para sa mga katanungan o alalahanin sa 844-652-0600.

Maaaring idulog ang mga reklamo o alalahanin sa proseso ng aplikasyon sa diskwento o proseso ng tulong pinansyal ng ospital ng mga walang insurance sa Health Care Bureau ng Illinois Attorney General. Ang toll-free na hotline ng Health Care Bureau ay 1-877-305-5145 (TTY 1-800-964-3013).

Impormasyon ng pasyente

(Paki-print at dapat napunan ang lahat na field. Ilagay ang N/A kung hindi naaangkop sa anumang indibidwal na linya sa aplikasyon)

Petsa _____ Numero ng account _____

Pangalan (una at apelyido) _____

Petsa ng kapanganakan _____ Katayuang sibil _____ Numero ng telepono _____

Opsiyonal - Pagkakakilanlanng kasarian – Ikaw ba'y isang: Lalaki Babae Transgender na lalaki/trans na lalaki/babae-sa-lalaki (FTM)

Transgender na babae/trans na babae/lalaki-sa-babae (MTF) Genderqueer/gender hindi kumukumporme nang eksklusibo sa lalaki maging babae

Karagdagang kategorya ng kasarian (o iba pa)

Opsiyonal - Pagkakakilanlang Kasarian: Anong kasarian ang orihinal na nakalagay sa iyong sertipiko ng kapanganakan? Lalaki Babae

Opsiyonal - Lahi: Puti Itim o Aprikanong Amerikano Amerikanong Indian o Katutubong Taga-Alaska Asyanong Indian Tsino Pilipino Hapon

Koreano Vietnamese Iba pang Asyano Katutubong Taga-Hawaii Guamanian o Chamorro Samoan Iba pang Taga-Islang Pasipiko

Opsiyonal – Etnisidad. Hispanic, Latino/a, o Espanyol ang pinagmulan Mehikano, Mehikanong Amerikano, Chicano/a Puerto Rikan
 Kubano Iba pang Hispanic, Latino/a o Espanyol na pinagmulan

Opsiyonal – Wika - Nagsasalita ka ba ng ibang wika bukod sa English sa tahanan? Oo Hindi

Kung oo, aling wika?: _____

Pahatirang address _____ Lungsod _____ Estado _____ ZIP _____

Opsiyonal - Social Security number _____

Employer _____ Status ng trabaho _____

Numero ng telepono ng employer _____

Impormasyon ng responsableng partido/impormasyon ng legal na tagapangalaga

(Kung ang pasyente sa itaas ay ang responsableng partido, iwanang blangko ang seksiyong ito.)

Pangalan (Una at apelyido) _____

Petsa ng kapanganakan _____ Katayuang sibil _____ Numero ng telepono _____

_____ Pahatirang address _____ Lungsod _____

_____ Estado _____ ZIP _____ Social Security number (opsiyonal) _____

_____ Employer _____

_____ Status ng trabaho _____

Impormasyon ng responsableng partido na asawa

(Kung ang pasyente ay ang responsableng partido, punan ang impormasyon ng asawa para sa pasyente.)

Pangalan (Una at apelyido) _____

Petsa ng kapanganakan _____ Katayuang sibil _____ Numero ng telepono _____

Pahatirang address _____ Lungsod _____ Estado _____ ZIP _____

Social Security number (opsiyonal) _____

Employer _____ Status ng trabaho _____

Numero ng telepono ng employer _____

Mga dependente ng responsableng partido

(Kung ang pasyente ay ang responsableng partido, punan ang impormasyon ng asawa para sa pasyente.)

Pangalan _____ Petsa ng kapanganakan _____ Relasyon sa responsableng partido _____

Pangalan _____ Petsa ng kapanganakan _____ Relasyon sa responsableng partido _____

Pangalan _____ Petsa ng kapanganakan _____ Relasyon sa responsableng partido _____

Pangalan _____ Petsa ng kapanganakan _____ Relasyon sa responsableng partido _____

Bilang ng mga nasa hustong gulang at batang nakatira sa sambahayan _____

Buwanang kinikita

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

Kinita ng aplikante _____ Kinita
ng asawa ng aplikante _____ Mga
benepisyo sa Social security _____ Kinita
sa pensyon/pagretiro _____ Kinita
sa pagkakaroon ng kapansanan _____
Kabayaran sa kawalan ng trabaho _____
Kabayaran sa manggagawa _____ Kinita
sa interest/dibidendo _____

Natanggap na panustos sa bata _____
Natanggap na alimonya _____ Kinita
sa paupahang bahay _____ Mga
food stamp _____
Natanggap na distribusyon ng trust fund _____ Iba
pang kinita _____
Kabuuanng gross na buwanang kinikita \$ _____

Buwanang pang-araw-araw na gastusin

Hindi kailangan punan ng mga pasyente na ipinapalagay na karapat-dapat para sa tulong pinansyal ayon sa inilarawan sa Financial Assistance

Policy NG AdventHealth ang seksiyon na ito.

Mortgage/upa _____ Mga
utility _____
Telepono (landline) _____ Cell
phone _____ mga
grocery/pagkain _____
Cable/internet/satellite tv _____ Bayad
sa kotse _____
Pangangalaga sa bata _____

Sustento sa bata/alimonya _____ Mga
credit card _____ Mga
bayarin sa doktor/ospital _____
Insurance ng kotse/sasakyan _____
Insurance ng tahanan/ari-arian _____
Insurance sa Medikal/kalusugan _____ Life
insurance _____ Iba
pang buwanang gastos _____
Kabuuan ng buwanang gastos \$ _____

Mga Asset

Cash/mga savings/checking account _____
Mga stock/bond/investment/CD(s) _____
Iba pang ari-ariang lupa/ikalawang tahanan _____
Barko/RV/motorsiklo/recreational vehicle _____
Pang-kolektor na sasakyan/mga di-kailangang sasakyan _____
Ipon para sa kalusugan/Sasakyang pang-flexible Spending Account _____

Binibigyan ko ng awtorisasyon ang ADVENTHEALTH na kumuha ng impormasyon mula sa mga panlabas na credit reporting agency. Pinapatotohanan ko na ang impormasyon na nasa aplikasyon na ito ay totoo at wasto sa abot ng aking nalalaman. Mag-a-apply ako para sa anumang pang-estado, pederal o lokal na ayuda na maaaring karapat-dapat ako para makatulong sa pagbabayad ng mga bayarin kong medikal. Nauunawaan ko na ang impormasyong ito na ibinigay ay maaaring i-verify ng ADVENTHEALTH, at binibigyan ko ng awtorisasyon ang ADVENTHEALTH na makipag-ugnayan sa mga ikatlong partido para i-verify ang katumpakan ng impormasyong ibinigay sa aplikasyon na ito. Nauunawaan ko na kung sadya akong magbibigay ng impormasyong hindi totoo sa aplikasyon na ito, hindi ako magiging karapat-dapat para sa tulong pinansyal, na anumang tulong pinansyal na ibigay sa akin ay maaaring bawiin, at ako ang magbabayad para sa (mga) sinisingil.

Lagda ng Aplikante _____

Petsa _____

Mga komento _____



Liham ng pagsuporta

Numero ng medical record/numero ng account ng pasyente _____

Pangalan ng tagasuporta _____

Relasyon sa pasyente/aplikante _____

Address ng tagasuporta _____

Sa AdventHealth:

Ang liham na ito ay para ipaalam sa inyo na si (pangalan ng pasyente) _____ ay maliit ang o walang kinikita at ako ay tumutulong sa mga gastusin niya sa pamumuhay. Maliit ang o wala siyang obligasyon sa akin.

Sa paglagda sa pahayag na ito, sumasang-ayon ako na ang iniharap na impormasyon ay totoo sa abot ng aking nalalaman.

Lagda ng tagasuporta _____

Petsa _____



Minamahal na Pasyente/Aplikante,

Awa ang tumutulak sa AdventHealth at panata nito ang magbigay ng naka-personalize na pangangalaga para sa lahat—lalo na ang mga pinaka-nangangailangan. Misyon at pribilehiyo naming mag-alok ng tulong pinansyal sa aming mga pasyente. Magagamit lang ang tulong pinansyal para sa mga emergency at iba pang medikal na kinakailangang pangangalaga. Salamat sa pagtitiwala sa amin na pangalagaan ka at pamilya mo para sa mga pangangailangan mo sa pangangalaga ng kalusugan.

Ipinapadala namin ang liham na ito at ang nakalakup na aplikasyon ng tulong pinansyal dahil natanggap namin ang iyong kahilingan. Kung hindi mo ito hiniling, mangyaring ipagwalang-bahala. Mangyaring punan ang magkabilang panig, kasama ang iyong lagda at petsa bago ito ibalik. Kung nakumpleto mo ang isang aplikasyon sa loob ng nakaraang anim na buwan at naaprubahan para sa tulong pinansyal, mangyaring ipagbigay-alam sa amin. Maaaring hindi mo na kailangang punan ang isang bagong aplikasyon. Hindi namin isasaalang-alang ang isang naunang aplikasyon na higit na sa anim na buwan.

Kasama ng aplikasyon, mangyaring magbigay ng kopya ng kahit isa sa sumusunod na mga item bilang patunay ng iyong kinikita. Kung ikaw ay may asawa na o naninirahan kasama ang minamahal na katuwang sa loob ng 6 na buwan o higit pa, kakailanganin din nilang magbigay ng kopya ng kahit isa sa sumusunod na item bilang patunay ng kaniyang kinikita bago iproseso ang aplikasyon.

- Kopya ng 3 pinakahuling paystub mula sa employer
- Kopya ng pinakahuling taunang deklarasyon ng buwis (kung self-employed, isama ang lahat ng schedule)
- Social Security at/o Liham ng Paggawad ng Pensiyon sa Pagretiro
- Pinakahuling taunang deklarasyon ng buwis ng Magulang o Tagapangalaga, kung ang aplikante ay isang umaasa na nakatala sa kaniyang deklarasyon ng buwis at wala pang 25 taong gulang
- Iba pang mga dokumentong nagpapatunay ng kinikita
- Mga kopya ng mga statement ng bangko sa huling 3 buwan
- Kopya ng resibo ng mga benepisyo sa kawalan ng trabaho

Kung tumatanggap ka ng tulong mula sa o nakatira kasama ang pamilya o mga kaibigan, mangyaring pasagutan sa kanila ang nakalakup na form na may markang “Liham ng Suporta.” Hindi nito sila papanagutin para sa iyong mga medikal na gastusin. Makatutulong ito na maipakita kung paano mo natutugunan ang mga pang-araw-araw mong gastusin. Kung hindi ka tumatanggap ng tulong mula sa pamilya o mga kaibigan, hindi na nila kailangang punan ang Liham ng Suporta.

Panghuli, mangyaring magbigay din ng dokumento bilang patunay ng iyong hindi-bayad na

buwanang medikal at mga ginastos sa botika/gamot.

Alamin na dapat matanggap ang napunang aplikasyon kasama ng katibayan ng kinikita para maisaalang-alang ang aplikasyon. Hindi namin naaaring iproseso o isaalang-alang ang mga aplikasyon na kulang-kulang.

Tandaan na hindi ligtas ang mga komunikasyon sa pamamagitan ng email sa internet. Bagaman hindi inaasahang mangyari, may posibilidad na maharang at mabasa ng ibang partido bukod sa taong pinatutungkulan nito ang impormasyong inilalagay mo sa email.

Nais naming protektahan ang iyong personal na impormasyon at tiyaking nananatili itong ligtas. Dahil nilalaman ng aplikasyon ang iyong numero ng social security at iba pang pribadong impormasyon, hinihimok ka naming iwasan ang pag-email nito.

Paki-print at ipakoreo ang napunan mong aplikasyon sa sumusunod na address:

AdventHealth PFS
Attention: Financial Assistance Department
1000 Remington Blvd., Suite 110
Bolingbrook, IL 60440

Kung mayroon kang anumang tanong tungkol sa aplikasyon na ito, tumawag sa isa sa aming mga Patient Representativessa 888-693-2252.

Taos pusong sumasainyo,

Serbisyong Pinansyal ng
Pasyente
AdventHealth