

Form sa Aplikasyon Para sa Pinansyal na Tulong

MGA TAGUBILIN: Ang lahat ng mga patlang ay dapat kumpletuhin maliban kung iba ang nabanggit.

Numero ng Rekord na Medikal: _____

Impormasyon ng Pasyente

Apelyido, Pangalan

Petsa ng Kapanganakan

Address ng Kalye

Lungsod, Estado, Zip Code

Numero ng Social Security

Numero ng Telepono sa Bahay

Alternatibong Numero ng Telepono

Impormasyon ng Guarantor

Apelyido, Pangalan

Petsa ng Kapanganakan

Pinagmumulan ng Kita

Huling 12 Buwang Taunang Kita ng Sambahayan

Numero ng Social Security

Kung ang kita ay \$0, mangyaring pumili ng isa sa mga sumusunod:

- May Kapansanan
- Walang tirahan
- Nakatira kasama ang (mga) Kaibigan
- Nakatira kasama ang (mga) Kamag-anak
- Retirado
- Walang trabaho

Bilang ng mga Tao sa Sambahayan

Bilang ng mga anak na wala pang 21 taong gulang sa tahanan:

Mga Sasakyan sa Sambahayan kabilang ang Mga Kotse/Bangka/RV

Balanse sa Checking/Savings Account



Form sa Aplikasyon Para sa Pinansyal na Tulong

Mga Pagaari at Mga Halaga

Mga Balanse sa CD/Retirement/ Investment Account


Iba pang mga Ari-arian

Pakisuyong basahin bago pumirma. PINATUTUNAYAN KO na ang impormasyong ibinigay ko ay totoo at tumpak sa abot ng aking kaalaman. Ako ay mag-isa o sa tulong ng mga tauhan ng ospital na mag-aaplay para sa ANUMAN at LAHAT NG TULONG na maaaring makuha sa pamamagitan ng pederal, estado, lokal na pamahalaan at pribadong pinagkukunan upang tumulong sa pagbabayad ng bayarin sa ospital. Nauunawaan ko na kung hindi ako makikipagtulungan sa aking tagabigay ng ospital sa pagbibigay ng hiniling na impormasyon, maaaring tanggihan ang aking aplikasyon para sa posibleng tulong pinansyal. Sa pamamagitan nito ay nagbibigay ako ng pahintulot at pinahihintulutan ang sinumang kinikilalang ahente ng programa ng Medicaid na ibunyag sa aking tagabigay ng ospital ang LAHAT ng impormasyon tungkol sa katayuan ng aking aplikasyon sa Medicaid at kung ang aplikasyon ay hindi naaprubahan at ang dahilan ng hindi pag-apruba. ITATALAGA ko sa aking tagabigay ng ospital ang LAHAT NG PONDO na natanggap mula sa mga pinagmumulan sa itaas, na ibinigay upang tumulong sa HOSPITAL BILL na ito. Ako, sa aking sariling ngalan, at para sa aking (mga) malapit na miyembro ng pamilya, (mga) awtorisadong kinatawan, (mga) manggagamot, (mga) tagapayo (kabilang ang mga klero), at (mga) abogado, ay sumasang-ayon na hawakan at panatilihin ang mahigpit na kumpiyansa sa anumang nakasulat na komunikasyon at/o oral na mga talakayan sa pagitan ko at ng aking tagabigay ng ospital tungkol sa mga bagay na may kaugnayan sa mga serbisyong ibinigay sa akin ng aking tagabigay ng ospital. Nauunawaan ko na ang impormasyong isinumite ko ay napapailalim sa pagpapatunay ng aking tagabigay ng ospital, kabilang ang mga ahensyang nag-uulat ng kredito, at napapailalim sa pagsusuri ng FEDERAL at/o MGA AHENSIYA NG ESTADO at iba pa kung kinakailangan. PINAPAHINTULUTAN KO ang aking employer na ibigay sa aking tagabigay ng ospital ang aking patunay ng kita. NAUUNAWAAN KO na kung ang anumang impormasyong ibinigay ko ay mapatunayang hindi totoo, muling susuriin ng aking tagabigay ng ospital ang aking katayuan sa pananalapi at gagawin ang anumang aksyon na nararapat. Upang maging kwalipikado para sa tulong, maaaring kailanganin ang kahit isang sumusuportang dokumentasyon na nagpapatunay sa kita ng sambahayan. Maaaring kabilang sa sumusuportang dokumentasyon ang, ngunit hindi limitado sa, pinakakamakailang taon na tax return, isang kasalukuyang W-2, notaryado na sulat ng suporta, atbp. Maaaring tanggihan ang mga kahilingan para sa tulong kung hindi ibinigay ang sumusuportang dokumentasyon. Ang anumang hindi nabayarang balanse ay magiging karapat-dapat para sa karagdagang pagkilos sa pagkolekta. [Mga Aplikante ng Estado ng Florida: Florida Statute s.817.50 (1). Ang sinumang, kusa at may layuning manlinlang, kumuha o magtangkang kumuha ng mga kalakal, produkto, kalakal o serbisyo mula sa alinmang ospital sa estadong ito ay magkakasala ng misdemeanor ng ikalawang antas, na may parusang itinatadhana sa s.775.082 o s.775 -083.]

Lagda ng Aplikante / Guarantor

Petsa ng Nakumpleto

Paano Ipasa ang Iyong Aplikasyon

Sulat	AdventHealth, Attn: Financial Assistance, PO Box 935979, Atlanta, GA 31193
Email	Financialassist@medsrv.co (dalawang titik lamang pagkatapos ng tuldok sa email address)
Portal ng Pasyente	https://account.adventhealth.com/login or  AdventHealth App
Mga tanong?	800-462-0490

