# St. Elizabeth Community Hospital

## Tulong sa Pananalapi Mga Tagubilin sa Form ng Aplikasyon

Ito ay isang aplikasyon para sa tulong sa pananalapi sa isang pasilidad ng *CommonSpirit Health*.

**Ang CommonSpirit Health ay nagbibigay ng tulong sa pananalapi** sa mga tao at pamilya na nakasasapat sa ilang rekisito sa kinikita. Maaaring ikaw ay karapat-dapat para sa libreng pangangalaga o diskwento sa pangangalaga batay sa laki at kinikita ng iyong pamilya, kahit na mayroon kang segurong pangkalusugan. Ang tulong ay ibinibigay para sa mga pasyente na ang kinikita ng pamilya ay mas mababa sa 500% ng Mga Pamatnubay sa Federal Poverty Level. Ang impormasyon sa Mga Pamatnubay sa Federal Poverty Level ay matatagpuan sa **http://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines**.

**Ano ang sinasagot ng tulong sa pananalapi?** Sinasagot ng tulong sa pananalapi ng ospital ang naaangkop na mga serbisyo na nakabatay sa ospital na ibinigay ng CommonSpirit Health depende sa iyong pagkakarapat-dapat. Maaaring hindi sagutin ng tulong sa pananalapi ang lahat ng gastos sa pangangalaga ng kalusugan, kabilang ang mga serbisyong ipinagkakaloob ng ibang mga organisasyon.

**Kung mayroon kang mga katanungan o kailangan ng tulong sa pagsagot sa aplikasyon na ito:** Maaari kang makakuha ng tulong para sa anumang dahilan, kabilang ang kapansanan at tulong sa wika sa: (530) 529-8080 / (530) 529-7877

**Para maproseso ang iyong aplikasyon, kailangan mong:**

- □ **Bigyan kami ng impormasyon tungkol sa iyong pamilya**
- □ **Bigyan kami ng impormasyon tungkol sa kabuuang buwanang kinikita ng iyong pamilya (kinikita bago ang buwis at mga inaawas)**
- □ **Magbigay ng dokumentasyon sa kinikita ng pamilya**
- □ **Magbigay ng dokumentasyon sa mga ari-arian ng pamilya**
- □ **Maglakip ng karagdagang impormasyon kung kinakailangan**
- □ **Lagdaan at petsahan ang form**

**Tandaan**: **Hindi mo kailangang magbigay ng Social Security number para mag-apply para sa tulong sa pananalapi**. Kung bibigyan mo kami ng iyong Social Security number, makatutulong ito na mapabilis ang pagproseso sa iyong aplikasyon. Ang mga Social Security number ay ginagamit para patunayan ang impormasyong ibinigay sa amin. Kung wala kang Social Security number, mangyaring markahan ng "not applicable" o "NA."

**Ipadala sa koreo o i-fax ang napunang aplikasyon kasama ang lahat ng dokumento sa:** St. Elizabeth Community Hospital, PO Box 3008, Rancho Cordova, CA 95741-3008. Fax: 877-691-1151. Siguruhin na magtago ng kopya para sa sarili mo.

**Para personal na isumite ang iyong napunang aplikasyon**: St Elizabeth Community Hospital, 2550 Sister Mary Columbia Drive, Red Bluff, CA 96080

Aabisuhan ka namin ng pinal na pagtukoy sa pagkakarapat-dapat at mga karapatan sa pag-apela, kung naaangkop, sa loob ng 30 araw ng kalendaryo mula sa pagtanggap ng isang kumpletong aplikasyon ng tulong sa pananalapi, kasama ang dokumentasyon ng kinikita.

## St. Elizabeth Community Hospital
### Form ng Aplikasyon Para sa Tulong sa Pananalapi - Lihim

Sa pagsusumite ng isang aplikasyon ng tulong sa pananalapi, ibinibigay mo ang iyong pahintulot para gumawa kami ng mga kinakailangang pagtatanong upang kumpirmahin ang mga obligasyon at impormasyong pinansyal.

**Nais naming tumulong. Pakisumite nang maaga ang iyong aplikasyon!**

**Maaari kang makatanggap ng mga bayarin hanggang sa matanggap namin ang iyong impormasyon.**

*Pakipunan ang lahat ng impormasyon. Kung hindi ito nalalapat, isulat ang "NA." Maglakip ng mga karagdagang pahina kung kinakailangan.*

| IMPORMASYON SA PAG-SCREEN |
|---|
| Kailangan mo ba ng tagapagsalin? □ **Oo** □ **Hindi** *Kung Oo, Ilista ang gustong wika:* |
| Nag-apply na ba ang pasyente para sa Medicaid? □ **Oo** □ **Hindi** *Maaaring kailanganing mag-apply bago maisaalang-alang para sa tulong sa pananalapi* |
| Tumatanggap ba ang pasyente ng mga serbisyong pampubliko ng estado tulad ng food stamps o WIC (Babae, Mga Sanggol, at Mga Bata)? □ **Oo** □ **Hindi** |
| Ang pasyente ba ay kasalukuyang walang tahanan? □ **Oo** □ **Hindi** |
| Ang medikal na pangangalaga ba ng pasyente ay dulot ng isang aksidente sa sasakyan o pinsala sa trabaho? □ **Oo** □ **Hindi** |
| Lista ng (mga) ospital ng Dignity Health o CommonSpirit Health kung saan ka ginamot: |

**PAKITANDAAN**

- Hindi namin magagarantiya na magiging kwalipikado ka para sa tulong sa pananalapi, kahit na mag-apply ka.
- Kapag naipadala mo na ang iyong aplikasyon, maaari naming suriin ang lahat ng impormasyon at maaaring humiling ng karagdagang impormasyon o patunay ng kinikita.

Dignity Health.

## IMPORMASYON NG PASYENTE AT APLIKANTE

| Pangalan ng pasyente | Gitnang pangalan ng pasyente | | Apelyido ng pasyente |
|---|---|---|---|
| Petsa ng Kapanganakan | Mga Account Number ng Pasyente: | | Social Security Number ng Pasyente (opsiyonal*) |
| Taong Responsable para sa Pagbabayad ng Bayarin | Relasyon sa Pasyente | Petsa ng Kapanganakan | Social Security Number (opsiyonal*) |
| ______________________<br>Address sa Koreo<br>______________________<br>Lungsod Estado Zip Code | | | (Mga) pangunahing numero sa pakikipag-ugnayan<br>( ) __________<br>( ) __________<br>Email Address:<br>__________ |

Status sa trabaho ng taong responsable para sa pagbabayad ng bayarin

□ **May trabaho** (petsa ng pagsisimula:______________________) □ **Walang trabaho** (tagal na walang trabaho:_______)

□ **Sariling trabaho** □ **Estudyante** □ **May kapansanan** □ **Retirado** □ **Iba pa** (____________)

## IMPORMASYON NG PAMILYA

Ilista ang mga miyembro ng pamilya sa iyong sambahayan, kasama ka. Kasama sa "Pamilya" ng pasyente ang:

- Para sa mga taong 18 taong gulang o higit pa - isang asawa, kinakasama, at mga umaasang anak na wala pang 21 taong gulang, nakatira man sa tahanan o hindi.
- Para sa mga taong wala pang 18 taong gulang - isang magulang, tagapag-alagang kamag-anak, at iba pang anak na wala pang 21 taong gulang ng magulang o tagapag-alagang kamag-anak.

**LAKI NG PAMILYA**__________ *Maglakip ng karagdagang pahina kung kinakailangan*

# St. Elizabeth Community Hospital

## Form ng Aplikasyon Para sa Tulong sa Pananalapi - Lihim

| Pangalan | Petsa ng Kapanganakan | Relasyon sa Pasyente | Kung 18 taong gulang o higit pa:<br>Pangalan ng (mga) employer o pinanggagalingan ng kinikita | Kung 18 taong gulang o higit pa:<br>Kabuuang buwanang kinikita (bago ang buwis) | Nag-aapply din para sa tulong sa pananalapi? |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | Oo / Hindi |
| | | | | | Oo / Hindi |
| | | | | | Oo / Hindi |
| | | | | | Oo / Hindi |
| | | | | | Oo / Hindi |
| | | | | | Oo / Hindi |

**Ang lahat na kinikita ng mga miyembro ng pamilya na nasa sapat na gulang ay dapat isiwalat. Kasama sa mga halimbawa ng pinaggagalingan ng kinikita ay:**

- Mga sahod - Kawalan ng trabaho - Sariling trabaho - Kompensayon ng manggagawa - Kapansanan - SSI
- Suporta sa anak/asawa - Mga programang trabaho sa pag-aaral (mga estudyante) - Pensiyon - Mga pamamahagi ng account sa pagreretiro
- Iba pa (*mangyaring tukuyin:__________________*)

## IMPORMASYON SA KINIKITA

***TANDAAN**: Kailangan mong isama ang patunay ng kinikita sa iyong aplikasyon.*

**Kailangan mong magbigay ng impormasyon sa kinikita ng iyong pamilya. Ang pagpapatunay ng kinikita ay kailangan upang matukoy ang tulong sa pananalapi.**

**Ang lahat na miyembro ng pamilya na 18 taong gulang o higit pa ay dapat isiwalat ang kanilang kinikita. Mangyaring magbigay ng katibayan para sa bawat natukoy na pinagmumulan ng kinikita.**

**Kasama sa mga halimbawa ng katibayan ng kinikita ang:**

- Pinakabagong tax return, kasama ang mga schedule kung nalalapat; o
- Isang "W-2" withholding statement; o
- Mga kasalukuyang pay stub (*6 na buwan*); o
- Mga nasusulat, nilagdaan na pahayag mula sa mga employer o iba pa; AT
- Ang pag-apruba/pagtanggi sa pagkakarapat-dapat para sa Medicaid at/o tulong medikal na pinopondohan ng estado; o
- Ang pag-apruba/pagtanggi sa pagkakarapat-dapat para sa kompensasyon sa kawalan ng trabaho.

Kung wala kang katibayan ng kinikita o walang kinikita, mangyaring maglakip ng karagdagang pahina na may nalagdaan na pahayag na nagpapaliwanag kung paano mo sinusuportahan ang mga pangunahing gastusin sa pamumuhay (tulad ng pabahay, pagkain, at mga utility).

## IMPORMASYON SA ARI-ARIAN

***TANDAAN**: Kailangan mong isama ang patunay ng ari-arian sa iyong aplikasyon.*

**Kailangan mong magbigay ng impormasyon sa lahat ng ari-arian na pagmamay-ari ng sinumang miyembro ng pamilya. Ang pagpapatunay ng ari-arian ay kailangan para matukoy ang tulong sa pananalapi.**

**Ang lahat na miyembro ng pamilya na 18 taong gulang o higit pa ay dapat isiwalat ang kanilang nagagamit na pinagkukunan ng pananalapi. Mangyaring magbigay ng katibayan para sa bawat natukoy na mapagkukunan ng ari-arian Kasama sa mga halimbawa ng patunay ng kinikita ay:**

- Mga kasalukuyang bank statement (ipinapakita ang pinakahuling 3 buwan)
  - (Mga) Checking Account
  - (Mga) Savings Account
- Mga pamumuhunan, kabilang ang mga stock at bonds
- Mga Trust fund
- (Mga) Money Market Account
- Mga mutual fund
- Iba pang mga pondo ng pamumuhunan na hindi magkakaroon ng multa kung ang mga pondo ay iwi-withdraw.

# St. Elizabeth Community Hospital

## Form ng Aplikasyon Para sa Tulong sa Pananalapi - Lihim

## KARAGDAGANG IMPORMASYON

Mangyaring maglakip ng karagdagang pahina kung mayroong pang ibang impormasyon tungkol sa iyong kasalukuyang sitwasyon sa pananalapi na nais mong malaman namin, tulad ng kahirapan sa pananalapi, labis na gastos pang-medikal, pana-panahon o pansamantalang kinikita, o personal na kawalan.

## KASUNDUAN SA PASYENTE

Nauunawaan ko na ang CommonSpirit Health ay maaaring patunayan ang impormasyon sa pamamagitan ng pagsuri sa impormasyon ng kredito at pagkuha ng impormasyon mula sa iba pang mga mapagkukunan para makatulong sa pagtukoy ng pagkakarapat-dapat para sa tulong sa pananalapi o mga plano sa pagbabayad.

- Pinapatunayan ko na ang impormasyong ibinigay ko ay totoo at tumpak sa abot ng aking kaalaman.
- Mag-isa ako o sa tulong ng mga tauhan ng ospital na mag-aapply para sa ANUMAN at LAHAT ng Tulong na maaaring magamit sa pamamagitan ng pederal, estado, lokal na pamahalaan at mga pribadong mapagkukunan upang makatulong na mabayaran ang bayarin sa pangangalagang pangkalusugan na ito.
- Nauunawaan ko na kung hindi ako nakikipagtulungan sa CommonSpirit Health sa pagbibigay ng hiniling na impormasyon, maaaring tanggihan ang aking aplikasyon.
- Nauunawaan ko na ang impormasyong isinumite ko ay napapailalim sa pagpapatunay ng CommonSpirit Health, kabilang ang mga ahensya sa pag-uulat ng kredito at napapailalim sa pagsusuri ng Pederal at/o mga ahensya ng Estado at ng iba pa kung kinakailangan.
- Nauunawaan ko na maaaring hingin ang karagdagang impormasyon para maging kwalipikado para sa tulong.

Kung makatatanggap ka ng bayad mula sa isang kompanya ng seguro, plano sa kompensasyon ng mga manggagawa, o sa anumang iba pang ikatlong partido, sumasang-ayon kang ipaalam sa ospital ang anumang naturang pagbabayad. Pinanghahawakan ng ospital ang karapatan nitong kolektahin ang orihinal, buong bayarin na sinisingil kapag ang isang ikatlong partido ay nagbigay sa iyo ng bayad para sa mga serbisyo ng ospital.

______________________________ ____________________

Lagda ng Taong Nag-aapply Petsa

## Programa sa Patas na Pagsingil ng Ospital sa California

**PAUNAWA**:
Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa (530) 529-8080 / (530) 529-7877 o bisitahin ang St. Elizabeth Community Hospital. Bukas ang opisina nang 8am-4:30pm at matatagpuan ito sa St Elizabeth Community Hospital, 2550 Sister Mary Columbia Drive, Red Bluff, CA 96080 Available din ang mga tulong at serbisyo para sa mga taong may mga kapansanan, tulad ng mga dokumentong nasa braille, malaking print, audio, at iba pang maaaring makuhang elektronikong format. Libre ang mga serbisyong ito.

### Tulong sa Pagbabayad ng Iyong Bayarin

May mga libreng organisasyon sa pagtataguyod ng consumer na tutulong sa iyong maunawaan ang proseso ng pagsingil at pagbabayad. Maaari kang tumawag sa Health Consumer Alliance sa 888-804-3536 o pumunta sa healthconsumer.org para sa higit pang impormasyon.

### Programa sa Reklamo sa Bayarin sa Ospital

Ang Programa sa Reklamo sa Bayarin sa Ospital ay isang programa ng estado, na sumusuri sa mga pasya ng ospital tungkol sa kung kwalipikado ka para sa tulong sa pagbabayad ng iyong bayarin sa ospital. Kung naniniwala kang hindi dapat tinanggihan ang pagbibigay sa iyo ng tulong pinansyal, maaari kang maghain ng reklamo sa Programa sa Reklamo sa Bayarin sa Ospital. Pumunta sa HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov para sa higit pang impormasyon at para maghain ng reklamo.

### Mga Aplikasyon para sa Pagiging Kwalipikado sa May Diskwentong Pagbabayad o Kawanggawang Pangangalaga

(1) Para sa mga pasyenteng nag-a-apply lang para sa may diskwentong pagbabayad, maaaring hilingin lang ng ospital ang mga kamakailang paystub o income tax return para sa dokumentasyon ng kita.

(2) Maaaring makatanggap ang mga pasyenteng nag-a-apply lang para sa may diskwentong pagbabayad ng mas mababang tulong pinansyal kumpara sa kung ano ang maaari nilang makuha sa ilalim ng programa sa kawanggawang pangangalaga.