



Mga Tagubilin sa Form ng Aplikasyon para sa Pangangalagang Pangkawanggawa/ Tulong Pinansiyal

Ito ay isang aplikasyon para sa tulong pinansiyal (tinatawag ding pangangalagang pangkawanggawa) sa Providence.

Inaatasan ng batas pederal at pang-estado ang lahat ng ospital na magbigay ng tulong pinansiyal sa mga tao at mga pamilya na nakakatugon sa iilang kwalipikasyon sa kita. Maaaring kwalipikado ka para sa libreng pangangalaga o pinamurang pangangalaga batay sa laki at kita ng iyong pamilya, kahit na mayroon kang insurance o seguro sa kalusugan. Upang makita ang aming patakaran sa tulong pinansiyal at mga patnubay sa slide scale (sukatan ng diskuwento), mangyaring pumunta sa website ng estado kung saan ka naninirahan mula sa <https://www.providence.org/obp>.

Ano ang saklaw ng tulong pinansiyal? Sinasaklaw ng pangmedikal na tulong pinansiyal ang mga kinakailangang medikal na pangangalaga sa ospital na ibinibigay ng isa sa aming mga ospital depende sa iyong kwalipikasyon. Maaaring hindi masaklawan ng tulong pinansiyal ang lahat ng mga gastos sa medikal na pangangalaga, kasama ang mga serbisyong ibinibigay ng ibang mga organisasyon.

Kung mayroon kang mga tanong o nangangailangan ng tulong sa pagkumpleto ng aplikasyon na ito: Nakahanda ang aming mga patakaran sa tulong pinansiyal, impormasyon tungkol sa mga programa, at mga materyal sa aplikasyon sa aming website o sa pamamagitan ng pagtawag. Maaari kang humingi ng tulong para sa anumang kadahilanan, kabilang ang kapansanan at tulong sa wika. Maaari kang humiling ng mga dokumentong isinalin. Narito ang paraan kung paano makipag-ugnayan sa amin: <https://www.providence.org/obp>
Mga Kinatawan ng Serbisyo sa Customer sa: 503-215-3030 o 866-747-2455
Lunes-Biyernes 8:00 am hanggang 5:00 pm

Upang maiproseso ang iyong aplikasyon, dapat kang:

- Magbigay sa amin ng impormasyon tungkol sa iyong pamilya**
Punan ang bilang ng mga miyembro ng pamilya sa iyong sambahayan (kabilang sa pamilya ang mga taong may kaugnayan sa isa't isa sa pamamagitan ng kapanganakan, pagpapakasal, o pag-aampon, na magkakasamang naninirahan)
- Magbigay sa aming ng impormasyon tungkol sa kabuuang buwanang kita ng iyong pamilya (kita bago alisin ang mga buwis at mga pagbabawas) kasama ang mga pay stub, W-2 form, buwis sa kita, liham ng gawad (award letter) ng social security, atbp.**
(tingnan ang Seksiyon sa Kita ng aplikasyon sa tulong pinansiyal para sa higit pang mga halimbawa)
- Magbigay ng dokumentasyon para sa kita ng pamilya at magdeklara ng mga ari-arian**
- Maglakip ng karagdagang impormasyon kung kinakailangan**
- Pumirma at lagyan ng petsa ang form sa tulong pinansiyal**

Paalala: Hindi mo kailangang ibigay ang numero ng Social Security upang mag-apply para tulong pinansiyal. Kung ibibigay mo sa amin ang iyong numero sa Social Security, makakatulong ito sa pagpapabilis ng pagpoproseso ng iyong aplikasyon. Ginagamit ang mga numero ng Social Security para beripikahin ang impormasyong ibinigay sa amin. Kung wala kang numero ng Social Security, mangyaring markahan ito ng "hindi naaangkop" o "NA."

Ipadala ang kinompletong aplikasyon kasama ang lahat ng dokumentasyon sa: Providence Regional Business Office, P.O. Box 3299 Portland, O sa 97208-3395. Tiyaking magtago ng sarili mong kopya.



Upang personal na isumite ang iyong kinompletong aplikasyon: Dalhin ito sa pinakamalapit na Hospital Cashier Office (Tanggapan ng Bayarin ng Ospital)

Aabisuhan ka namin ng pinal na pagtutukoy ng kwalipikasyon at mga karapatan sa pag-apela, kung naaangkop, sa loob ng 30 araw mula sa pagkakatanggap ng kinompletong aplikasyon sa tulong pinansiyal, kabilang ang dokumentasyon ng kita.

Sa pamamagitan ng pagsumite ng aplikasyon sa tulong pinansiyal, ibinibigay mo ang iyong pahintulot sa amin para gumawa ng mga kinakailangang pagtatanong upang kumpirmahin ang mga pampinansiyal na obligasyon at impormasyon.

**Nais naming makatulong. Mangyaring isumite nang maaga ang iyong aplikasyon!
Maaari kang makatanggap ng mga bill hanggang sa matanggap namin ang iyong
impormasyon.**



Form ng Pangangalagang Pangkawanggawa/Tulong Pinansiyal – kompindensiyal

Mangyaring punan ang lahat ng impormasyon nang kompleto. Kung hindi ito nalalapat, ilagay ang "NA."
Maglakip ng mga karagdagang pahina kung kinakailangan.

IMPORMASYON SA PAGESUSURI

Kailangan mo ba ng interpreter? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi <i>Kung Oo, ilista ang pinipiling wika:</i>
Nag-apply na ba ang pasyente para sa Medicaid? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
Nakakatanggap ba ang pasyente ng mga pampublikong serbisyo tulad ng TANF, Basic Food, o WIC? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
Kasalukuyan bang walang tirahan ang pasyente? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
May kaugnayan ba ang medikal na pangangalaga ng pasyente sa isang aksidente sa sasakyan o pinsala sa trabaho? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi

MANGYARING TANDAAN

- Hindi namin magagarantiya sa iyo na magiging kwalipikado ka para sa tulong pinansiyal, kahit na mag-aplay ka.
- Sa oras na ipinadala mo ang iyong aplikasyon, maaari naming tingnan ang lahat ng impormasyon at maaaring humiling ng karagdagang impormasyon o katibayan ng kita.
- Sa loob ng 30 na araw pagkatapos namin matanggap ang iyong kinompletong aplikasyon at dokumentasyon, aabisuhan ka namin kung kwalipikado ka para sa tulong.

IMPORMASYON NG PASYENTE AT APLIKANTE

Pangalan ng pasyente <input type="checkbox"/> Lalaki <input type="checkbox"/> Babae <input type="checkbox"/> Iba pa (maaaring tukuyin _____)		Gitnang pangalan ng pasyente Petsa ng Kapanganakan		Apeyido ng pasyente Numero ng Social Security ng Pasyente (opsiyonal*) <i>*opsiyonal, ngunit kailangan para sa mas bukas-palad na tulong na higit sa mga kahingian ng batas ng estado</i>	
Taong Responsable sa Pagbabayad ng Bill		Kaugnayan sa Pasyente	Petsa ng Kapanganakan	Numero ng Social Security (opsiyonal*) <i>*opsiyonal, ngunit kailangan para sa mas bukas-palad na tulong na higit sa mga kahingian ng batas ng estado</i>	
Address na Papadalhan _____ _____ Lungsod Estado Zip Code				(Mga) Pangunahing numero sa pakikipag-ugnayan () _____ () _____ Email Address: _____	
Kalagayan sa pagtatrabaho ng taong responsable sa pagbabayad ng bill <input type="checkbox"/> May trabaho (petsa ng pagsisimula sa trabaho: _____) <input type="checkbox"/> Walang trabaho (gaano katagal nang walang trabaho: _____) <input type="checkbox"/> May Sariling Hanapbuhay <input type="checkbox"/> Mag-aaral <input type="checkbox"/> May Kapansanan <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Iba Pa (_____)					

IMPORMASYON NG PAMILYA

Ilista ang mga miyembro ng pamilya sa iyong samabahayan, kabilang ka. Kabilang sa "pamilya" ang mga taong may kaugnayan sa isa't isa sa pamamagitan ng kapanganakan, pagpapakasal, o pag-aampon, na magkakasamang naninirahan.

LAKI NG PAMILYA

Maglakip ng karagdagang pahina kung kinakailangan

Pangalan	Petsa ng Kapanganakan	Kaugnayan sa Pasyente	Kung may edad na 18 taong gulang o mas matanda: Pangalan ng (mga) employer at pinagkukunan ng kita	Kung may edad na 18 taong gulang o mas matanda: Kabuuang buwanang kita (bago ang mga buwis):	Nag-aaplay din para sa tulong pinansiyal?
					Oo / Hindi
					Oo / Hindi
					Oo / Hindi
					Oo / Hindi

Dapat ipahayag ang lahat ng kita ng mga miyembro ng pamilya na nasa hustong gulang. Mga pinagkukunan ng kita, halimbawa:
- Mga Sahod - Kawalan ng Trabaho - Sariling Hanapbuhay - Kompensasyon ng mga manggagawa - Kapansanan - SSI
- Suporta sa bata/asawa - Mga programa para sa work study (mga mag-aaral) - Pensiyon - Mga pamamahagi sa account sa pagreretiro
- Iba pa (*pakipaliwanag* _____)

Form ng Pangangalagang Pangkawanggawa/Tulong Pinansiyal – kompindensiyal



IMPORMASYON SA KITA

TANDAAN: *Dapat kang maglakip ng katibayan ng kita kasama ang iyong aplikasyon.*

Dapat mong ibigay ang impormasyon sa kita ng iyong pamilya. Kinakailangan ang pagbeberipika ng kita para pagpasiyahan ang tulong pinansiyal.

Dapat ipahayag ng lahat ng miyembro ng pamilya na may edad na 18 taong gulang o mas matanda ang kanilang kita. Kung hindi ka makapagbibigay ng dokumentasyon, maaari kang magsumite ng nakasulat na pinirmahang dokumento na naglalarawan sa iyong kita. Mangyaring magbigay ng katibayan para sa bawat pinagkukunan ng kita na tinukoy.

Kabilang sa mga halimbawa ng katibayan ng kita ang:

- Isang "W-2" na pahayag ng withholding; o
- Mga kasalukuyang pay stub (3 buwan); o
- Pahayag ng buwis sa kita noong nakaraang taon, kabilang ang mga iskedyul kung naaangkop; o
- Nakasulat na pinirmahang pahayag mula sa mga employer o iba pa; o
- Pag-apruba/pagtanggi ng kwalipikasyon para sa Medicaid at/o medikal na tulong na pinopondohan ng estado; o
- Pag-apruba/pagtanggi ng kwalipikasyon para sa kompensasyon sa kawalan ng trabaho.

Kung wala kang katibayan ng kita o kawalan ng kita, mangyaring maglakip ng karagdagang pahina na may paliwanag.

IMPORMASYON SA GASTOS

Ginagamit namin ang impormasyong ito upang makakuha ng mas kumpletong larawan ng iyong pinansiyal na sitwasyon.

Mga Buwanang Gastos sa Sambahayan:

Upa/mortgage	\$ _____	Mga medikal na gastusin	\$ _____
Mga Premium sa Insurance	\$ _____	Mga utilidad	\$ _____
Iba pang Utang/Mga Gastos	\$ _____	<i>(suporta sa anak, mga loan, mga gamot, iba pa)</i>	

IMPORMASYON SA ARI-ARIAN

Maaaring gamitin ang impormasyong ito kung ang iyong kita ay mas mataas sa 101% ng Federal Poverty Guidelines (Mga Pederal na Patnubay sa Kahirapan).

Kasalukuyang balanse ng checking account \$ _____ Kasalukuyang balanse ng savings account \$ _____	Mayroon bang mga ari-ariang ito ang iyong pamilya? <u>Mangyaring lagyan ng tsek ang lahat ng nalalapat</u> <input type="checkbox"/> Mga Stock <input type="checkbox"/> Mga Bond <input type="checkbox"/> 401K <input type="checkbox"/> Health Savings (Mga) Account <input type="checkbox"/> (Mga) Trust <input type="checkbox"/> Ari-arian (hindi kasama ang pangunahing tirahan) <input type="checkbox"/> Nagmamay-ari ng negosyo
---	--

KARAGDAGANG IMPORMASYON

Mangyaring maglakip ng karagdagang pahina kung may iba pang ipormasyon tungkol sa iyong kasalukuyang pinansiyal na sitwasyon na nais mong malaman namin, tulad ng mga pampinansiyal na kahirapan, labis na mga medikal na gastusin, pana-panahon o pansamantalang kita, o personal na kawalan.

PAGSANG-AYON NG PASYENTE

Nauunawaan ko na maaaring beripikahin ng Providence ang impormasyon sa pamamagitan ng pagsusuri ng impormasyon sa kredito at pagkuha ng impormasyon mula sa ibang mga mapagkukunan upang makatulong sa pagtutukoy ng kwalipikasyon para sa tulong pinansiyal o mga plano sa pagbabayad.

Pinatutunayan ko na totoo at wasto ang impormasyon sa itaas sa abot ng aking kaalaman. Nauunawaan ko na kung natukoy na mali ang pinansiyal na impormasyon na aking ibinigay, maaaring magresulta ito sa pagtanggig ng tulong pinansiyal, at maaaring ako ang managot para sa at asahan na magbabayad para sa mga ibinigay na serbisyo.

Pirma ng Taong Naga-apply

Petsa