



Minamahal na Pasyente,

Mga Tagubilin ng Aplikasyon

Kung nais mong mag-aplay para sa Providence Health Services Financial Assistance Program, mangyaring kumpletuhin at ibalik ang kalakip na Aplikasyon. Kung mayroon kang anumang mga katanungan, isang Kinatawan ng Tulong sa Pananalapi ang maaaring makatulong sa iyo sa pamamagitan ng pagtawag sa 800-566-5050.

PAGIGING KARAPAT-DAPAT

Upang maging kuwalipikado para sa Pinansyal na Tulong, pakitandaan ang mga sumusunod:

- Maaring kailanganin ang aplikasyon para sa lokal, estado, o pederal na tulong.
- **Kailangang patunayan ang kita ng sambahayan.. Mangyaring magbigay ng patunay ng kita ng sambahayan. (Tax return at/o kamakailang mga pay stub) Kung wala kang kita, mangyaring magbigay ng pahayag na nagpapaliwanag kung paano ka pinansyal na suportado.**
- Dapat ding iulat ang iba pang mga pinagkukunan ng kita at kasama ang: suporta sa anak, sustento, kabayaran ng mga manggagawa, pampublikong tulong, kita sa sariling trabaho, at kita sa pagkawala ng trabaho.

Hindi magagamit ang Tulong sa Pananalapi para sa:

- Personal na mga item, tulad ng mga gastos sa telebisyon.
- Serbisyo na hindi medikal na kinakailangan kabilang ang mga pamamaraang kosmetiko at paggamot ng kawalan ng pagka-mayabong
- Serbisyo na sakop ng seguro sa isa pang network ng pangangalagang pangkalusugan.
- Mga over-the-counter na mga parmasyutikong bagay.

Ang pagpapasiya ng Tulong sa Pananalapi ay dapat lamang naaangkop sa bahagi ng pangangalaga kung saan ang Aplikasyon na ito ay nakumpleto.

Ipadala ang nakumpletong aplikasyon at mga dokumento sa:

NRSC Kinatawan ng Tulong sa Pananalapi
10330 N. Meridian Street, 2N PFS
Indianapolis, Indiana 46290

I-fax ang nakumpletong aplikasyon at mga dokumento sa:

(317) 583-2753 Attn: NRSC Kinatawan ng Tulong sa Pananalapi

Kung mayroon kang anumang mga katanungan mangyaring makipag-ugnay sa aming Customer Service Center sa 800-566-5050 Lunes hanggang Biyernes 8:00 AM – 1:45 PM & 2:30 PM – 4:00 PM EST.



APLIKASYON NG TULONG SA PANANALAPI

IMPORMASYON NG PASYENTE (MANGYARING IPRINTA)				Account No.
Pangalan ng Pasyente:	Petsa ng Kapanganakan	Istado sa Pag-aasawa	Kasarian	Num. ng Telepono.
Address:	Lungsod	Estado	Zip	Email Address:
Numero ng Social Security:	Employer	Full Time	Part Time	Ilang oras/bawat linggo
Address ng Employer:	Lungsod	Estado	Zip	Num. ng Telepono:

IMPORMASYON NG RESPONSABLENG PARTIDO

Pangalan Pareho sa itaas	Petsa ng Kapanganakan	Istado sa Pag-aasawa	Kasarian	Num. ng Telepono.
Address:	Estado	Zip	Email Address	
Numero ng Social Security	Employer	Full Time	Part Time	Ilang oras/bawat linggo
Address ng Employer	Lungsod	Estado	Zip	Num. ng Telepono.

IMPORMASYON NG ASAWA NG RESPONSABLENG PARTIDO

Pangalan ng Asawa	Numero ng Social Security	Petsa ng Kapanganakan
Employer ng Asawa:	Address: Lungsod	Estado Zip Num. ng Telepono:

MGA DEPENDENTE:

Pangalan	Edad	Relasyon	Pangalan	Edad	Relasyon

KABUOAN NG BUWANANG KITA			BUWANANG GASTOS NG PAMUMUHAY	Bayad	Balance
Naipong Kita ng Aplikante			Sangla/Renta		
Kita ng Asawa ng Aplikante			Kuryente		
Mga Benepisyo ng Social Security			Gas		
Kita sa Pensyon/Pagreretiro			Telepono		
Kompensasyon sa Kawalan ng Trabaho			Tubig		
Kompensasyon ng Manggagawa			Mga groserya		
Kita sa Interes/Dibidendo			Telebisyong Cable		
Suporta sa Bata			Bayad ng Sasakyan		
Sustento			Cell Phone		
Kita sa Renta ng Ari-arian			Day Care		
Mga Food Stamp			Suporta sa Bata/Sustento		
Iba			Resetang mga Gamot		
Iba			Mga Credit Card:		
KABUOANG GROSS INCOME:			1.		
			2.		
			3.		
ASSETS			Iba Doktor/		
Cash on Hand			Mga Bayarin sa Ospital:		
Savings Account					
Checking Account					
C.D.'s					
Securities					
Seguro ng Buhay					
Ibang Ari-arian					
Iba			Gastos sa Seguro:		
			1. Sasakyan		
			2. Ari-arian		
			3. Medikal / Buhay		
			Ibang mga Kabayaran sa Utang:		
			1.		
			2.		
			Ibang mga Buwanang Bayarin:		
			cobra		
			seguro ng buhay		
			3.		
KABUOANG HALAGA NG MGA ASSET:			KABUOANG BUWANANG MGA GASTOS:		

MGA KOMENTO: _____

Pinatutunayan ko na ang impormasyon sa itaas ay tunay at kumpleto sa aking pinakamahusay na kaalaman. Binibigyang kapangyarihan ko ang ospital upang mangalap ng impormasyon mula sa mga ahensiya ng external credit reporting kung tinatayang mahalaga ng ospital.

**APLIKASYON SA TULONG NA PANANALAPI
NG PROVIDENCE HEALTH SERVICES**

SERTIPIKASYON

Pinapatunayan ng aking lagda sa form na ito na ang lahat ng mga pahayag ay tama sa pinakamahusay na aking kaalaman at na isiniwalat ko ang lahat ng katotohanan tungkol sa aking mga pananalapi. Naiintindihan ko at kinikilala na ang anumang kasinungalingan ng aking mga pananalapi na may kaugnayan sa Aplikasyon na ito, o anumang kabiguang makipagtulungan sa mga pagsisikap upang maging kuwalipikado ako para sa mga programa na maaaring sumaklaw sa gastos ng aking pangangalaga (halimbawa, Medicaid, paghahabol sa personal na pinsala, kompensasyon ng mga manggagawa) ay maaring magpawalang-bisa sa anumang award ng Tulong sa Pananalapi at na ako ay may pananagutan sa pananalapi para sa mga serbisyong ibinigay. Sumasang-ayon akong pahintulutan ang Providence Health Services o mga kinatawan nito upang hilingin at suriin ang ulat ng aking pagkakautang at gumawa ng ibang makatwirang mga hakbang upang i-validate ang lahat na impormasyong ibinigay.

Nauunawaan ko na kung kwalipikado ako para sa bahagyang tulong sa pananalapi ay magiging responsable ako sa pagbabayad ng natitirang bahagi ng aking bayarin.

Pahayag Tungkol sa Gross income (bago ang mga buwis at bawas)

Ang Aking Total na Taonang Kita ng Sambahayan (idagdag ang Taoanang Hanay ng Pasyente at Asawa mula sa ibang panig at isulat ang kabuoan sa ibaba):

Pahayag Tungkol sa Kakulangan ng Kita

Ilarawan nang maikli ang iyong sitwasyon sa pananalapi/pamumuhay at kung bakit kailangan mo ng tulong sa pananalapi sa iyong (mga) bayaring medikal.

Mangyaring Lumagda sa Sa ibaba:

Pasyente/Tagapangalaga

(Petsa)