

**Mahalaga: IKAW AY MAAARING KARAPAT-DAPAT MAKATANGGAP NG LIBRE O MAY DISKWENTONG PANGANGALAGA.** Ang pagkumpleto nitong aplikasyon ay makakatulong sa BJC Healthcare upang malaman kung ikaw ay maaaring tumanggap ng libre o may diskwentong serbisyo o kung ikaw ay karapat-dapat para sa iba pang programang pampubliko na maaaring makatulong sa pagbayad ng iyong pangangalagang pangkalusugan.

KUNG IKAW AY WALANG PAGSESEGURO, HINDI KINAKAILANGAN ANG SSS NO. UPANG MAGING KWALIPIKADO SA LIBRE O MAY DISKWENTONG PANGANGALAGA. Ngunit, kinakailangan ang SSS No. para sa ilang pampublikong programa, kabilang na ang Medicaid. Ang pagbigay ng SSS No. ay hindi kinakailangan ngunit makakatulong sa ospital upang malaman kung ikaw ay kwalipikado para sa anumang mga pampublikong programa.

Mangyaring kumpletuhin ang form na ito at ipasa sa ospital nang personal, sa pamamagitan ng pagsulat sa 600 S. Taylor Ave., Mailstop 90-68-112, St. Louis, MO 63110-9930, pag-email sa patacct@bjc.org, o pag-fax sa 314-747-6977 upang mag-apply para sa libre o may diskwentong pangangalaga sa loob ng 240 na araw mula sa petsa ng pagkakatanggap ng unang pahayag ng pagkakautang.

Sinusumpa ng pasyente na sinikap niya sa kanyang makakaya at nang buong katapatan na maibigay ang lahat ng impormasyong hiniling sa aplikasyon upang matulungan ang ospital na malaman kung ang pasyente ay karapat-dapat para sa pinansiyal na tulong.

IMPORMASYON TUNGKOL SA PASYENTE		
<b>Pangalan ng Pasyente</b>	<b>Petsa ng Kapanganakan</b>	<b>SSS No. ng Pasyente</b> <small>(Opsyonal at hindi kinakailangan)</small>
<b>Pasyente</b>	<b>Sinong mananagutan sa babayaran:</b>	
<b>Residente ba ng Illinois sa oras ng serbisyo? Oo ___ Hindi ___</b>	<b>Pangalan</b>	
<b>Kalye</b>	<b>Kalye</b>	
<b>Lungsod, Estado ZIP</b>	<b>Lungsod, Estado ZIP</b>	
<b>Telepono: (     )</b>	<b>Telepono: (     )</b>	
<b>Email:</b>	<b>Email:</b>	
IMPORMASYON TUNGKOL SA TRABAHO		
<b>Pinagtatrabahuhan ng Pasyente</b>	<b>Pinagtatrabahuhan ng Asawa/Kabiyak/Tagapag-alaga</b>	
<b>Kalye</b>	<b>Kalye</b>	
<b>Lungsod, Estado ZIP</b>	<b>Lungsod, Estado ZIP</b>	
<b>Telepono: (     )</b>	<b>Telepono: (     )</b>	
IBA PANG IMPORMASYON		
<b>1. Nasangkot ba ang pasyente sa di-umano'y aksidente na naging dahilan para kailanganin ang mga serbisyo?</b>	Oo ___ Hindi ___	
<b>2. Naging biktima ba ang pasyente ng di-umano'y krimen na naging dahilan para kailanganin ang mga serbisyo?</b>	Oo ___ Hindi ___	
<b>3. Bilang ng tao sa pamilya at/o sambahayan ng pasyente</b>		
<b>4. Bilang ng tao na umaasa (dependyente*) sa pasyente</b>		
<b>5. Ano ang mga edad ng mga dependyente ng pasyente?</b>		
<b>6. Sa oras ng o pagkatapos ng pagbigay ng serbisyo, ang pasyente ba ay diborsiyado o hiwalay o nasangkot sa isang proseso ng hiwalayang mag-asawa?</b>	Oo ___ Hindi ___	
<b>7. Sa oras ng o pagkatapos ng pagbigay ng serbisyo, ang pasyente ba ay dependyente ng isang magulang na diborsiyado o hiwalay o nasangkot sa isang proseso ng hiwalayang mag-asawa?</b>	Oo ___ Hindi ___	
<b>8. Kung oo ang sagot sa katanungang 6 o 7, sino ang may pananagutan sa medikal na pangangalaga ng pasyente ayon sa kasunduan o kautusan tungkol sa diborsiyo o paghihiwalay?</b>		
<b>Pangalan:</b> _____	<b>Kaugnayan:</b>	
<b>Address/Tirahan:</b> _____	<b>Lungsod, Estado, Zip:</b>	
<b>Telepono:</b> (     ) _____		
<b>*Ang Dependyente ay tumutukoy sa isang wala pa sa hustong gulang o sinumang tao na nakalista bilang dependyente sa income tax return ng isang tao.</b>		

**ILISTA LAHAT NG SAKLAW NG PAGSESEGURO SA SEKSYON SA IBABA NA MAY KAUGNAYAN SA SERBISYONG NATANGGAP\*\***

Uri ng Pagseseguro	Pangalan ng Pagseseguro	Numero ng Polisa	Numero ng Grupo
Pagseseguro ng Kalusugan			
Medicare			
Suplemento sa Medicare			
Medicaid			
Mga Benepisyo ng mga Beterano			

**BUWANANG KITA AT MGA GASTUSIN\*\***

(Isama ang anuman sa mga sumusunod na dokumento bilang Katibayan ng Kita)

- |   |  |
|---|--|
| A. Pinakahuling tax return                                  | D. Nakasulat na pagtitiyak ng kita mula sa pinagtatrabahuhan kung cash ang bayad |
| B. Pinakahuling w-2 form at mga form 1099                   | E. Katibayan ng di pag-file (IRS Form 1722)                                      |
| C. Dalawang (2) pinakahuling payslip (katibayan ng suweldo) |  |

**Kailangang maibigay ang impormasyon tungkol sa kita upang maproseso ang iyong aplikasyon.**

	Pasyente	Asawa/Kabiyak	Magulang/Tagapag-alaga
Kabuuang Buwanang Kita			
Kita sa sariling hanapbuhay (self-employment)			
SSS			
SSS para sa may Kapansanan			
Kapansanan (Pribado)			
Kapansanan (Beterano)			
Pensyon ng Beterano			
Kawalan ng trabaho			
Bayad sa Manggagawa			
Kita sa Pagreretiro			
Suporta sa Anak			
Sustento o iba pang suporta para sa asawa			
Temporary Assistance for Needy Families (TANF) o Pansamantalang Tulong para sa mga Nangangailangang Pamilya			
Iba pa, ilita			

MGA GASTUSIN	BUWANANG GASTUSIN
Pabahay	
Utilities (hal. Telepono, Gas, Kuryente, Tubig)	
Pagkain	
Pangangalaga sa Bata	
Transportasyon	
Mga Gastusing Medikal	
Iba pang mga Gastusin	

**\*\*MGA HINDI KABILANG:** Kung ang pasyente ay residente ng Illinois, walang pagseseguro at tumatanggap ng mga serbisyo sa Alton Memorial Hospital at natutugunan ang pinapalagay na criteria upang maging kwalipikado tulad ng nakalahad sa 77 ILAC 4500.40 o kung hindi man ay kwalipikado batay sa kita ng pamilya, hindi kinakailangan ng pasyente na kumpletuhin ang seksyon na ito ng aplikasyon. Kung ang pasyente ay nag-aapply para sa tulong na may kaugnayan sa serbisyong naibigay sa mga lugar ng NHSC, hindi kinakailangan ng pasyente na kumpletuhin ang mga seksyon tungkol sa pagseseguro at gastusin sa aplikasyon na ito. Kabilang sa mga lugar ng NHSC ang Bourbon Medical Office, Cuba Medical Office, Steelville Medical Office, Sullivan Medical Office at Medial Arts Clinic – Farmington.

**ISAMA ANG IBA PANG IMPORMASYONG MAY KINALAMAN SA SITWASYONG PINANSIYAL.**

**KATIBAYAN:** Pinatutunayan ko na ang impormasyon sa aplikasyong ito ay totoo at tama sa abot ng aking kaalaman. Ako ay mag-aapply sa anumang tulong mula sa estado, pederal o lokal na kung saan ako ay maaaring karapat-dapat upang matulungan akong mabayaran itong pagkakautang sa ospital. Naiintindihan ko na ang impormasyong ibinigay ay maaaring siyasatin ng BJC Healthchare kung ito ay totoo, at pinapahintulutan ko silang kontakin ang mga ikatlong partido upang patunayan ang ganap na kawastuhan ng impormasyong ibinigay sa aplikasyong ito. Naiintindihan ko na kung sinasadya kong magbigay ng impormasyong walang katotohanan sa aplikasyong ito, ako ay hindi na maaari para sa pinansiyal na tulong, at anumang pinansiyal na tulong na ibinigay sa akin ay maaaring mabaligtad o bawiin, at ako ang mananagot sa pagbayad ng aking pagkakautang().

**Pasyente/Pirma ng Responsableng Partido:**

**Petsa:**

Petsa ng Pagkakabisa: 1/01/2016 Pagsusuri sa Pinansiyal na Tulong 01/2016