

Aplikasyon para as Tulong Pinansyal – Mga Tagubilin

Nakalakip ang isang aplikasyon para sa Tulong Pinansyal na Programa ng El Camino Health. Mangyaring kumpletuhin, pirmahan, at ibalik ang aplikasyon sa aming opisina kasama ang dokumentasyong nakalista sa ibaba.

Pagiging Kwalipikado – Maaari kang maging kwalipikado para sa Charity Care (100% Discounted Payment) kung: (1) wala kang insurance o may mataas na kang medikal na gastusin at (2) ang kita ng iyong pamilya ay nasa 400% o mas mababa sa Pederal na Antas ng Kahirapan. Hindi namin isasaalang-alang ang mga ipon mo sa pagsusuri sa pagiging kwalipikado mo. Kung kwalipikado ka, hindi ka sisingilin ng higit sa mga naka-insure na pasyente para sa emergency o kinakailangang medikal na pangangalaga.

Dokumentasyon – Ang Proof of Income ay kinakailangan para sa lahat ng aplikante. Ang mga dokumento na itinuturing na katanggap-tanggap na katibayan ng kita ay nakalista sa ibaba.

- Mga kamakailang tax return (ibig sabihin, mga tax return na nagdodokumento ng kita ng isang pasyente para sa taon kung saan unang siningil ang pasyente o 12 buwan bago ang unang singil sa pasyente), o
- Mga kamakailang pay stub (ibig sabihin, mga paystub sa loob ng 6 na buwan bago o pagkatapos unang masingil ng ospital ang pasyente, o sa kaso ng preservice, kapag isinumite ang Aplikasyon ng Tulong Pinansyal).

Pagsusumite – Ang mga nakumpletong aplikasyon at mga sumusuportang dokumento ay maaaring isumite sa aming opisina sa alinman sa mga sumusunod na paraan:

- **I-scan at Email:** charity_care@elcaminohealth.org
- **Fax:** ATTN: Charity Care
650-966-9334
- **Mail/Drop off:** ATTN: Charity Care / Patient Accounts Department
2505 Hospital Drive, 2nd Floor
Mountain View, CA 94040

Kung mayroon kang mga tanong tungkol sa proseso ng aplikasyon, mangyaring makipag-ugnayan sa aming customer service ng Patient Accounts mula 9 a.m. hanggang 4 p.m., Lunes hanggang Biyernes, sa **800-665-6540**. May karapatan kang makatanggap ng tulong sa aplikasyon na ito nang walang bayad, kabilang ang mga libreng serbisyo ng interpreter at mga isinaling dokumento sa iyong wika kung kinakailangan. Mangyaring makipag-ugnayan sa amin para sa tulong.

Paunawa ng Mga Karapatan – Ang pag-aaplay para sa pinansiyal na tulong ay hindi makaaapekto sa kakayahan mong tumanggap ng emergency o kinakailangang medikal na pangangalaga. Maaari kang mag-apply anuman ang katayuan mo sa imigrasyon.

APLIKASYON PARA SA TULONG PINANSYAL SA PASYENTE

Petsa na Natanggap ang Aplikasyon (kukumpletuhin ng El Camino Health): _____

Account / Medical Record #: _____

Pangalan ng Pasyente: _____

Nag-aalok ang El Camino Health ng kawanggawang pangangalaga (libre) sa mga indibidwal na nakatutugon sa aming patakarán. Pakilagyan ng check ang kahon sa ibaba upang ipahayag kung mas gusto mong hindi mag-apply para sa kawanggawang pangangalaga, ngunit gusto mo lang humiling ng mga may diskwentong pagbabayad na hindi libre:

☐ Ang mga pasyenteng nag-a-apply lamang para sa pagiging kwalipikado sa programa ng diskwento (na hindi libre at kasalukuyang hindi inaalok ng El Camino Health) ay maaaring makatanggap ng mas kaunting tulong pinansyal kaysa sa kung ano ang maaaring makuha sa ilalim ng kawanggawang pangangalaga na programa ng El Camino Health. (Cal. Code Regs., tit. 22, s 96051.8(a)(2).) Kinikilala ko na ang El Camino Health ay walang programang diskwento, ngunit ayaw kong mag-aplay para sa libreng pangangalaga.

Impormasyon ng Aplikante (Guarantor):

Relasyon sa Pasyente:

Pangalan: _____

Address: _____

Estado, Zip: _____

(Mga) Numero ng Telepono: _____

Social Security #: _____

Employer: _____

Trabaho: _____

Katayuan sa Pag-aasawa: _____

Bilang ng mga Dependent _____

Taunang Kita ng Pamilya: \$ _____

☐ Sarili ☐ Magulang/Tagapangalaga

Lungsod: _____

Numero ng Telepono: _____

(Mga) Numero ng Cell Phone: _____

Petsa ng Kapanganakan: _____

Telepono ng Employer: _____

Pangalan ng Asawa: _____

(Mga) Edad ng mga Dependent: _____

(Kinakailangan ang dokumentasyon ng kita.)

**Mangyaring tukuyin ang batayan para sa pagiging kwalipikado —
Dapat ay hindi ka naka-insure o may mataas na medikal
na gastusin.**

- ☐ Hindi ako naka-insure.
- ☐ Mayroon akong mataas na medikal na gastusin na lampas sa 10% ng aking kita.
(Punan ang impormasyon sa ibaba.)

A. Ang kasalukuyang taunang kita ng pamilya o kita ng pamilya ko sa huling
12 buwan (alinman ang mas mababa): _____

B. 10% ng kita ng pamilya na nakalista sa A: _____

C. Taunang out-of-pocket na gastos na natamo ng pasyente sa El Camino Health
o Taunang out-of-pocket na medikal na gastusin na binabayaran ng pasyente
o pamilya ng pasyente na may sumusuportang dokumentasyon (alinman ang
mas mataas): _____

**Sa pamamagitan ng pagpirma sa ibaba, ipinapahayag ko/namin na ang lahat
ng impormasyong ibinigay ay totoo at tama sa abot ng aking/aming
kaalaman. Pinahihintulutan ko/namin ang El Camino Health na i-verify ang
anumang impormasyong nakalista sa aplikasyong ito.**

Pirma ng Pasyente/Aplikante _____ **Petsa** _____
(Kung ang pasyente ay wala pang 18 taong gulang, ang pirma ng isang magulang
o tagapag-alaga ay kinakailangan.)

Pirma ng Kinatawan ng Pasyente _____ **Petsa** _____
Relasyon _____
(Kung ang pasyente ay hindi makapirma dahil sa sakit o kapansanan.)