

APLIKASYON PARA SA TULONG PINANSYAL

Charity Care at Discount Payment Assistance

Paunawa at Tulong

Gamitin ang aplikasyong ito upang humiling ng Charity Care o Discount Payment Assistance. Kung hindi ka sigurado kung aling programa ang hihilingin, makipag-ugnayan sa Business Office para sa libheng tulong. Maaari kang mag-apply anumang oras bago, habang, o pagkatapos ng mga serbisyo sa ospital.

Ang pagiging karapat-dapat ay batay sa Kita ng Pamilya at laki ng pamilya. Hindi isasaalang-alang ang monetary assets. Huwag magbigay ng mga bank account number, balanse, investment, retirement account, halaga ng bahay, halaga ng sasakyan, o iba pang impormasyon tungkol sa assets.

May libheng tulong sa wika at accessible formats, kabilang ang braille, malalaking letra, audio, at accessible electronic formats, sa pamamagitan ng pagtawag sa (213) 314-1492 o pagbisita sa Business Office.

Programang Hinihiling

Pumili ng isa: Charity Care Discount Payment Assistance Pareho / Hindi Sigurado

Mahalaga: Kung mag-a-apply ka lamang para sa Discount Payment Assistance, maaaring mas kaunti ang matatanggap mong tulong pinansyal kaysa sa maaaring makuha sa ilalim ng Charity Care program. Kung hindi ka sigurado, maaari mong piliin ang “Pareho / Hindi Sigurado” o makipag-ugnayan sa Business Office para sa libheng tulong.

Lokasyon ng Ospital

Pumili ng isa: L.A. Downtown Medical Center West Covina Medical Center

Impormasyon ng Pasyente

Petsa ng Serbisyo:	_____
Pangalan ng Pasyente:	_____
Petsa ng Kapanganakan:	_____
Mailing Address:	_____
Lungsod / Estado / ZIP:	_____
Numero ng Telepono:	_____

Kasarian: Lalaki Babae Iba pa / Mas pinipiling hindi sumagot

Etnisidad - opsyonal at hindi ginagamit upang matukoy ang pagiging karapat-dapat:

Etnisidad: White Black Hispanic/Latino Native American/Alaska Native

Etnisidad, pagpapatuloy: Asian/Pacific Islander Iba pa Mas pinipiling hindi sumagot

Programa, Insurance, at Laki ng Pamilya

Posibleng third-party payment source: Private Insurance Medi-Cal Medicare Self-Pay Iba pa Wala

Pangunahing pinagmumulan ng kita: Trabaho Self-employment Social Security Disability Unemployment

Pangunahing pinagmumulan ng kita, pagpapatuloy: Retirement/Pension Public Assistance Support Iba pa Wala

Hindi mo kailangang mag-apply muna para sa ibang health coverage bago repasuhin ng Ospital ang aplikasyong ito para sa Discount Payment Assistance.

Ilista ang pasyente at ang mga miyembro ng pamilya na kasama sa laki ng pamilya.

Pangalan	Relasyon sa Pasyente	Edad	Kasarian

Kita ng Pamilya

Ilista ang Kita ng Pamilya bilang buwanang kita o taunang kita. Maglakip ng income documentation, kung mayroon.

Pinagmumulan ng Kita	Buwanang Halaga	Taunang Halaga
Sahod - Pasyente	\$	\$
Sahod - Asawa / Domestic Partner	\$	\$
Sahod - Iba pang Miyembro ng Pamilya	\$	\$
Self-Employment / Farm Income	\$	\$
Public Assistance / Social Security / Disability	\$	\$
Unemployment / Workers' Compensation / Strike Benefits	\$	\$
Spousal Support / Child Support / Military Allotments	\$	\$
Pension / Retirement	\$	\$
Dividends, Interest, Rental Income, o Iba pa	\$	\$

Income Documentation

Maaari kang maglakip ng kamakailang paystubs o kamakailang income tax returns. Kung hindi available ang mga iyon, maaari kang magbigay ng ibang dokumentong

nagpapakita ng Kita ng Pamilya. Maaaring tanggapin ng Ospital ang ibang anyo ng income documentation, ngunit hindi kinakailangan ang anumang partikular na kapalit na dokumento. Ang kamakailang paystubs ay karaniwang nangangahulugang paystubs sa loob ng 6 na buwan bago o pagkatapos ng unang bill ng ospital, o sa loob ng 6 na buwan ng pre-service application. Ang kamakailang tax returns ay karaniwang nangangahulugang returns para sa taon ng unang bill ng ospital o sa 12 buwan bago ang unang bill ng ospital. Hindi kinakailangan ang impormasyon tungkol sa assets at hindi ito gagamitin.

Impormasyon sa Serbisyo at Account

Uri ng Serbisyo	Yunit ng Serbisyo	Halaga / Paglalarawan	Petsa
Hospital Inpatient	Inpatient Days	Billed Amount: \$ _____	
Hospital Outpatient	Outpatient Days	Payment Collected: \$ _____	
Iba pa	Other Adjustments / Write-Offs	\$ _____	
Responsibilidad ng Pasyente		\$ _____	

Mga Gastusin - Opsyonal

Hindi kinakailangan ang impormasyon tungkol sa gastusin para sa basic eligibility. Maaari itong gamitin upang suriin ang high medical cost eligibility, mga opsyon sa payment plan, o iba pang tulong.

Gastusin	Buwanang Halaga	Gastusin	Buwanang Halaga
Mortgage / Rent	\$ _____	Health Insurance	\$ _____
Utilities / Telephone	\$ _____	Medical Bills / Hospital / Physicians	\$ _____
Food	\$ _____	Medications / Auto Loans / Other	\$ _____

Hindi Kinakailangan ang Impormasyon tungkol sa Assets

Hindi kinakailangan at hindi isasaalang-alang ang monetary assets, bank references, account numbers, account balances, investment balances, retirement balances, real estate values, vehicle values, at iba pang impormasyon tungkol sa assets kapag tinutukoy ang pagiging karapat-dapat para sa financial assistance.

Pagkalkula ng Kita - Para sa Ospital o Tulong sa Aplikante

Item sa Pagkalkula	Halaga o Value
Kabuuang Buwanang Gross Income	\$ _____
Ibawas ang Buwanang Deductions, kung naaangkop	\$ _____
Adjusted Monthly Net Income	\$ _____

Item sa Pagkalkula	Halaga o Value
Laki ng Pamilya	
FPL Percentage, kung nakalkula	

Pahayag ng Aplikante

Ipinahahayag ko sa ilalim ng parusa ng perjury na ang mga sagot na ibinigay ko ay totoo at tama sa abot ng aking kaalaman.

Sumasang-ayon akong ipaalam sa provider sa loob ng sampung (10) araw kung may pagbabago sa aking kita, gastusin, laki ng sambahayan, mga miyembro ng sambahayan, o address.

Nauunawaan ko na ang impormasyong ibibigay ko ay pananatilihing confidential ayon sa hinihingi ng batas.

Nauunawaan ko na hindi kinakailangan ang impormasyon tungkol sa assets at hindi ito gagamitin upang matukoy ang pagiging karapat-dapat para sa financial assistance.

Kung tumanggap ako ng health care services dahil sa aksidente o pinsala, sumasang-ayon akong bayaran ang provider mula sa anumang lawsuit o settlement proceeds na may kaugnayan sa aksidente o pinsalang iyon, hanggang sa pinapayagan ng batas.

Pirma ng Aplikante / Awtorisadong Kinatawan	Petsa

Pagsusuri ng Ospital at Nakasulat na Desisyon

Rerepasuhin ng Ospital ang kumpletong aplikasyon at magbibigay ng nakasulat na desisyon sa pagiging karapat-dapat.

Desisyon: Aprubado Tinanggihan Kailangan ng Karagdagang Impormasyon

Mga Komento: _____

Pirma ng Reviewer / Petsa: _____

Para Lamang sa Ospital

Ang pagiging karapat-dapat ay dapat nakabatay sa Kita ng Pamilya at laki ng pamilya. Huwag gumamit ng monetary assets o ibang impormasyon tungkol sa assets. Kung ang pasyente ay mukhang karapat-dapat para sa financial assistance o humihiling ng tulong, sundin ang patakaran ng Ospital bago i-refer ang account sa collections.

Impormasyon para sa mga Tanong o Reklamo

Para sa mga tanong o tulong sa pag-a-apply, makipag-ugnayan sa Business Office sa (213) 314-1492. Kung naniniwala kang mali ang pagtanggap sa iyo ng financial assistance, maaari kang magsumite ng reklamo sa State of California Hospital Bill Complaint Program sa HospitalBillComplaint.hcai.ca.gov.