

Petsa: _____

(Mga) Account: _____

Minamahal na Pasyente: _____

Naka-commit ang Enloe Health sa pagbibigay ng pinansyal na tulong sa mga pasyenteng walang health insurance at para i-insure ang mga pasyenteng may mataas na mga bayaring medikal para magbayad sa kinakailangang medikal na pangangalaga. Gayunpaman, nauunawaan namin na hindi dapat nagiging sobrang pabigat ang mga healthcare service sa mga insured na pasyente at pamilya na may mataas na gastusing medikal.

Ipinahiwatig mo na kahirapang pinansyal para sa iyo na bayaran ang mga serbisyo na kamakailan mong tinanggap sa Enloe Health. Limitado ang pinansyal na tulong at para matukoy kung sino ang kwalipikado, patakaran namin na suriin ang iyong kita kumpara sa mga federal na tagubilin sa kita. Kung may health insurance ka, nag-a-apply kami ng karagdagang pamantayan na tumutukoy kung kwalipikado ka para sa buo o partial na pinansyal na tulong dahil sa mga mataas na gastusing medikal. Para makumpleto ang aming pagpagsuri, kinakailangan naming isumite mo ang naka-attach na application at ibalik ito nang kasama ang mga sumusunod na item.

KINAKAILANGANG DOCUMENTATION:

1. Kumpletuhin ang **magkabilang bahagi** ng Confidential Financial Statement (naka-attach)
2. Magsama ng kopya ng anumang mga denial letter/statement mula sa Medi-Cal program (kung angkop)
3. Magsama ng kopya ng iyong huling bank statement, checking and savings, lahat ng pahina.
4. Kung mayroon kang mga money market account, stock, o income property na bukod pa sa iyong pangunahing tirahan, kakailanganin naming makakita ng statement para sa bawat account.
Pakitandaan: Hindi kasama ang kwalipikadong mga retirement plan kapag kinakalkula namin ang kita.
5. Kung namamasukan, magsama ng kopya ng huling dalawang pay slip para sa bawat miyembro ng pamilya.
6. Kung pahintu-hinto ang pamamasukan, magsama ng kopya ng tax return nang nakaraang taon sa halip na mga pay slip.
7. Kung kasalukuyan kang walang trabaho, magsama ng katibayan ng unemployment insurance, state disability o

Social Security.

8. Kung naka-insure ka nang may mataas na gastusing medikal, magbigay ng katibayan ng patient liability para sa mga medical provider na bukod pa sa Enloe Health (kung angkop).
9. Magsama ng sulat na nagpapaliwanag sa iyong pinansyal na situwasyon at kung bakit hindi mo mabayaran ang iyong bill. Matutulungan kami ng iyong personal na sulat na maunawaan ang iyong situwasyon at kung baki kailangan ng pinansyal na tulong.

Tandaan: Kung hindi mo maibibigay ang anumang kinakailangang impormasyon, pakipaliwanag kung bakit sa letter of hardship. Kung may mga tanong ka tungkol sa kung ano ang kinakailangan, pakikontak ang iyong customer service representative.

Dapat matanggap ang lahat ng documentation sa loob ng dalawang linggo sa petsa ng sulat na ito, kung hindi ay puwedeng mag-expire ang application mo.

Ipoproseso namin ang mga kumpletong application sa loob ng 60 araw simula ng pagtanggap at ino-notify ka sa aming desisyon.

Gumagalang,

Patient Financial Services
financialcounselors@enloe.org
530-332-6350

Confidential na Financial Statement at Financial Assistance Application

Pangalan ng Pasyente _____

(Mga) Account Number _____ Petsa ng (Mga) Serbisyo _____

Responsableng Partido*

Pangalan _____

Address _____

Telepono _____

SSN _____

Pangalan ng Employer _____

Address ng Employer _____

Telepono ng Employer _____

Asawa o Domestic Partner

Pangalan _____

Address _____

Telepono _____

SSN _____

Pangalan ng Employer _____

Address ng Employer _____

Telepono ng Employer _____

Marital Status (bilugan ang isa): Married Single Divorced Widowed Unmarried Partnered

Impormasyon ng Pamilya:

Pakilista ang lahat ng taong kasama mong nakatira at sinumang bata na 21 o mas bata, nakatira man sila kasama mo o hindi.

Pangalan:

Edad:

Kaugnayan sa iyo:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

Pakikumpleto ang kabilang bahagi.

PATAKARAN SA COMMUNITY SERVICE AT DISCOUNT (Pahina 2 ng 2)

Buwanang Kita ng Sambahayan

Gross na buwanang kita mula sa mga suweldo: \$ _____ Rental Income: \$ _____
Tulong Pampubliko/ Mga Food Stamp: \$ _____ Mga Grant: \$ _____
Social Security: \$ _____ Workers' Compensation: \$ _____
Unemployment Compensation: \$ _____ Iba pa: \$ _____
Child Support / Alimony: \$ _____

KABUUANG KITA: \$ _____

Mga Monetary Asset

Savings o Money Market: \$ _____ Halaga ng Stock: \$ _____
Mga Dividend: \$ _____ Mga Pagbabayad sa Interes: \$ _____
Ari-arian na bukod pa sa pangunahing tirahan: \$ _____ IRAs: \$ _____
Iba pa: \$ _____

KABUUANG MGA ASSET: \$ _____

MGA GASTOS

Buwanang Pagbabayad sa Bahay/Rental: \$ _____ Medical/Dental: \$ _____
Medical Ins. Premium: \$ _____ Transportasyon: \$ _____
Utilities/Home Phone: \$ _____ Pangangalaga sa Bata/Tuition: \$ _____
Mga Pangangailangan sa Pagkain/Tahanan/Personal: \$ _____ Iba pa: \$ _____
Suporta sa Bata/Alimony: \$ _____

KABUUANG MGA GASTOS: \$ _____

Sa pagpimra sa form na ito, pinahihintulutan ko ang Enloe Health na i-verify ang anuman at lahat ng impormasyon, kasama ang credit report, kita at mga monetary asset. Nauunawaan ko na posibleng hilingin sa akin na magbigay ng katibayan ng impormasyong hiningi. Karagdagan pa, pinatutunayan ko na ang lahat ng pahayag na ginawa sa application na ito ay totoo at kumpleto sa abot ng nalalaman ko. Kung sakaling matukoy na ang impormasyon na ibinigay ko ay hindi kumpleto o hindi totoo, maaaring bawiin ang anumang diskwento sa aking bill, at posibleng asahan sa akin ang pagbabayad ng buo.

Kung tumanggap ako ng bayad mula sa kumpanya ng insurance, worker's compensation o anumang third party, sumasang-ayon akong ipaalam sa Enloe Health ang gayong pagbabayad. Nauunawaan ko na pinapanatili ng ospital ang mga karapatan nito na kolektahin ang orihinal, buong bill na siningil kung sakaling magbigay ang isang third party ng buo o partial na pagbabayad para sa mga serbisyo ng Enloe Health.

Pirma ng Pasyente o Legal Guardian

Petsa

Pirma ng Asawa o Domestic Partner

Petsa

**Dapat kumpletuhin ang dokumentong ito ng mga legal guardian ng pasyente kung menor-de-edad ang pasyente.*

***May libreng mga consumer advocacy organization na tutulong sa iyong maunawaan ang proseso ng billing at pagbabayad. Puwede mong tawagan ang Health Consumer Alliance sa 888-804-3536 o pumunta sa www.healthconsumer.org para sa higit pang impormasyon.*