

MGA INSTRUKSYON SA APLIKASYON SA TULONG PINANSYAL

Para sa tulong pinansyal ang aplikasyong ito (kilala rin bilang pangangalagang pangkawanggawa) sa Stanford Medicine. Para sa layunin ng tulong pinansyal, kasama sa “Stanford Medicine” ang Stanford Medicine Health Care, Stanford Medicine Tri-Valley, at Stanford Medicine Partners. Maaaring kwalipikado ka sa tulong pinansyal batay sa laki at kita ng iyong pamilya, kahit na mayroon ka nang insurance sa kalusugan. Maaring hindi saklaw ng tulong pinansyal ang lahat ng gastos sa pangangalagang pangkalusugan, kabilang ang mga serbisyong ibinibigay ng iba pang organisasyon. Ipagkakaloob ang tulong kung natutugunan mo ang mga alituntunin para sa tulong pinansyal, kabilang dito kung ang kita ng iyong sambahayan ay 400% o mas mababa pa sa Antas ng Pederal na Kahirapan. Ibabatay ang pagsasaalang-alang para sa mga serbisyo sa hinaharap sa mga gastusin para sa kinakailangang paggamot at sakuna.

May maraming available na opsyon ang Stanford Medicine para sa mga pasyenteng walang insurance o hindi sapat ang insurance. Kasama sa aming mga opsyon sa tulong pinansyal ang:

Hindi Kailangan ng Aplikasyon

- **Mga Diskuwento sa Walang Insurance** – *Maaaring hindi kasama ang ilang serbisyo.*
- **Mga Plano sa Pagbabayad na Walang Interes** – *Babayaran ang mga balanse sa pangkalahatan sa loob ng 6-12 buwan.*

Kailangan ng Aplikasyon

- **Buong Tulong Pinansyal** – *100% ng bahagi ng pasyente na dapat bayaran. Maaaring hindi kasama ang ilang serbisyo.*
- **Mga Pinalawig na Plano sa Pagbabayad na Walang Interes** – *Babayaran ang mga balanse sa pangkalahatan sa loob ng 12-18 buwan.*

Para maproseso ang iyong aplikasyon, kailangan mong:

- Magbigay sa amin ng impormasyon tungkol sa iyong pamilya; punan ang bilang ng miyembro ng iyong sambahayan (kabilang ang mga taong nauugnay sa kapanganakan, kasal, o pag-aampon na nakatira kasama mo)
- Magbigay sa amin ng impormasyon tungkol sa kabuuang kita ng iyong pamilya bawat buwan (kabilang ang kita bago ang mga buwis at pagbabawas)
- Maglakip ng karagdagang impormasyon kung kinakailangan (halimbawa, liham ng pagsustento na nagpapatunay ng impormasyon)
- Lagdaan at lagyan ng petsa ang form

Para sa aplikasyon sa tulong pinansyal at mga pansuportang dokumento sa Ingles, puwede mo na ngayong gamitin ang MyHealth para isumite ang iyong mga dokumento. Para sa pagsusumite ng lahat ng iba pang aplikasyon, patuloy na isumite ito sa pamamagitan ng mail, e-mail, fax, o nang personal. Itataguyod ng Stanford Medicine ang pagiging kumpidensiyal at dignidad ng bawat pasyente. Ang anumang impormasyong isinumite para sa pagsasaalang-alang ng tulong pinansyal ay ituturing na pinoprotektahang impormasyong pangkalusugan sa ilalim ng Batas sa Portability at Pananagutan ng Insurance sa Kalusugan (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPPA).

<p>Stanford Medicine Health Care o Stanford Medicine Partners 500 Pasteur Drive Palo Alto, CA 94304</p> <p>Customer Service Billing Telepono: (800) 549-3720 Lunes-Biyernes 9:00AM - 5:00 PM</p> <p>stanfordhealthcare.org/financial-assistance</p>	<p>Stanford Medicine Tri-Valley 5555 W Las Positas Blvd Pleasanton, CA 94588</p> <p>Customer Service Billing Telepono: (800) 549-3720 Lunes-Biyernes 9:00AM - 5:00 PM</p> <p>stanfordhealthcare.org/tri-valley/patients-and-visitors/financial-assistance.html</p>
--	---

Para sa higit pang impormasyon tungkol sa tulong pinansyal o kung kailangan mo ng tulong para sa pagkumpleto ng aplikasyon, mangyaring makipag-ugnayan sa departamento ng Customer Service Biling o bisitahin ang website ng Tulong Pinansyal para sa pasilidad na kung saan ka naghahanap ng pangangalaga. Puwede kang makakuha ng tulong sa anumang dahilan, kabilang ang kapansanan at tulong sa wika. Sa pamamagitan ng pagsusumite ng aplikasyon sa tulong pinansyal, ibinibigay mo sa amin ang iyong pahintulot na magsagawa ng mga kinakailangang pagsisiyasat para kumpirmahin ang pinansyal na obligasyon at impormasyon.

MGA KINAKAILANGANG MAHALAGANG IMPORMASYON PARA SA APLIKASYON

Katibayan ng Kita (Proof of Income, POI): Mangyaring magbigay ng nauugnay na dokumentasyon sa POI na nalalapat sa iyong kasalukuyang pinansyal na sitwasyon. Puwedeng magresulta sa pagkaantala ng iyong aplikasyon ang hindi pagsusumite ng kinakailangang pansuportang dokumentasyon at puwedeng magresulta ito sa pagtanggì sa tulong pinansyal. Mangyaring ipadala ang iyong mga dokumento sa address na tinukoy sa ibaba:

Nasa ibaba ang listahan ng dokumentasyon sa POI na kailangan para sa pagsasaalang-alang sa Tulong Pinansyal ng SHC.	
Uri ng Kita	Kinakailangang dokumentasyon
Kita sa Pagtatrabaho	<ul style="list-style-type: none"> • Kopya ng pagbabayad ng buwis ng Indibidwal (Form 1040, Pahina 1 at 2 lamang) para sa kasalukuyang taon ng pagbubuwis (kung nagki-claim na may mga dependent, kinakailangan ang pagbabayad ng buwis) o • Kopya ng dalawang pinakabagong magkakasunod na mga paystub (para sa aplikante, co-applicant, kung naaangkop)
Self-Employment	<ul style="list-style-type: none"> • Kopya ng pagbabayad ng buwis ng Indibidwal (Form 1040, Pahina 1 at 2 lamang) para sa kasalukuyang taon ng pagbubuwis
Social Security/Pagreretiro	<ul style="list-style-type: none"> • Kopya ng pagbabayad ng buwis ng Indibidwal (Form 1040, Pahina 1 at 2 lamang) para sa kasalukuyang taon ng pagbubuwis o • Kopya ng Liham ng Paggawad (Award Letter) mula sa Pangasiwaan ng Social Security na nagsasaad sa buwanang pagbabayad at • Kopya ng buwanang abiso sa pagbabayad o liham ng paggawad ng Pensyon.
Kapansanan	<ul style="list-style-type: none"> • Kopya ng pagbabayad ng buwis ng Indibidwal (Form 1040, Pahina 1 at 2 lamang) para sa kasalukuyang taon ng pagbubuwis o • Kopya ng Liham ng Paggawad mula sa kapansanan na nagsasaad sa buwanang pagbabayad para sa kapansanan
Kawalan ng Trabaho	<ul style="list-style-type: none"> • Kopya ng pagbabayad ng buwis ng Indibidwal (Form 1040, Pahina 1 at 2 lamang) para sa kasalukuyang taon ng pagbubuwis o • Kopya ng Liham ng Paggawad mula sa kawalan ng trabaho na nagsasaad ng pang-araw-araw, lingguhan, o buwanang halaga ng benepisyo
Suporta sa Asawa	<ul style="list-style-type: none"> • Kopya ng pagbabayad ng buwis ng Indibidwal (Form 1040, Pahina 1 at 2 lamang) para sa kasalukuyang taon ng pagbubuwis na nagpapakita ng kita na ito. o • Kopya ng opisyal na liham mula sa korte na nagsasaad ng buwanang halaga ng gawad
Kinita sa Pinapaupahang Propyedad	<ul style="list-style-type: none"> • Kopya ng Schedule 1 Form
Kita sa Pamumuhunan	<ul style="list-style-type: none"> • Kopya ng pagbabayad ng buwis ng Indibidwal (Form 1040, Pahina 1 at 2 lamang) para sa kasalukuyang taon ng pagbubuwis
Patunay ng Pagkakaroon ng Mga Dependent	<ul style="list-style-type: none"> • Kopya ng pagbabayad ng buwis ng Indibidwal (Form 1040, Pahina 1 at 2 lamang) para sa kasalukuyang taon ng pagbubuwis
Patunay ng Pag-enroll (Mag-aaral)	<ul style="list-style-type: none"> • Kopya ng liham ng pagpaparehistro/enrollment o report card ng kasalukuyang quarter/semester sa kolehiyo o unibersidad. at • Liham/e-mail mula sa aplikante na nagpapaliwanag kung paano sinusupportahan ang mga buwanang gastos (kung walang naiulat na kita)
Liham ng Pagsustento	<ul style="list-style-type: none"> • Liham/e-mail mula sa aplikante na nagpapaliwanag kung paano sinusupportahan ang mga buwanang gastos (kung walang naiulat na kita)

Hindi tinatanggap para sa pagsasaalang-alang sa Tulong Pinansyal ng Stanford Medicine ang mga sumusunod na uri ng dokumentasyon:

- 1099 Form
- W-2 Form
- Statement ng Banko
- Transcript ng Pagbabayad ng Buwis
- Listahan ng Mga Personal na Gastos
- Kopya ng Mga Pagbabayad ng Tseke

Gagawin ang bawat makatuwirang pagsusumikap para maproseso kaagad ang iyong aplikasyon at kapag nasuri na ang iyong aplikasyon, makakatanggap ka ng liham na magkukumpirma sa resulta. Maaaring ipadala ang mga nakumpletong aplikasyon kasama ang kinakailangang pansuportang dokumentasyon sa:

Stanford Medicine Health Care
Attention: Patient Financial Assistance
P.O. BOX 740715
Los Angeles, CA 90074-0715

Maaaring i-fax ang mga aplikasyon sa (650) 493-8623 o ipadala sa e-mail sa FAA@stanfordhealthcare.org para sa mas mabilis na proseso.

APLIKASYON SA TULONG PINANSYAL

PETSA NG APLIKASYON: _____

Mangyaring kompletong punan ang lahat ng impormasyon. Mangyaring isulat ang lahat ng impormasyon.

MANGYARING TANDAAN

- Hindi namin magagarantiyang magiging kwalipikado ka para sa tulong pinansyal, kahit na nag-apply ka.
- Kapag naipadala mo na ang iyong aplikasyon, maaari naming i-verify ang impormasyon at humiling ng karagdagang impormasyon o katibayan ng kita.

1. IMPORMASYON NG PAMILYA

(MANGYARING IBIGAY ANG PANGALAN NG LAHAT NG TAONG ISASAALANG-ALANG PARA SA TULONG PINANSYAL)

Apelyido	Pangalan	Gitnang Inisyal	Medical Record Number
Apelyido	Pangalan	Gitnang Inisyal	Medical Record Number
Apelyido	Pangalan	Gitnang Inisyal	Medical Record Number

Kung menor-de-edad ang pasyente, pakilista ang (mga) magulang/(mga) tagapangalaga bilang aplikante at co-applicant.

2. IMPORMASYON NG APLIKANTE (GUARANTOR)

Kaugnayan sa Pasyente: Sarili Asawa/Kinakasama Magulang Iba pa

Katayuan sa Kasal Walang Asawa Kasal Kinakasama Diborsiyado/Diborsiyada Hiwalay
 Balo

Kung minarkahan mo ang "May Asawa", pakikumpleto ang seksyon 3.

Apelyido	Pangalan	Gitnang Inisyal	Mamamayan ng U.S.:	
			<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	
Petsa ng Kapanganakan	Bilang ng Mga Dependent <i>(Maliban sa sarili at co-applicant)</i>	Mga Edad ng Mga Dependent	Numero ng Telepono sa Bahay ()	
Street Address	Lungsod	Estado	County	Zip
Kasalukuyang Employer	Street Address	Lungsod	Estado	Posisyon

* Kung hindi ka nagtatrabaho, gaano ka na katagal na walang trabaho?

3. IMPORMASYON NG CO-APPLICANT

Kaugnayan sa Pasyente: Asawa Magulang

Apelyido	Pangalan	Gitnang Inisyal	Mamamayan ng U.S.:	
			<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	
Petsa ng Kapanganakan	Bilang ng Mga Dependent <i>(Maliban sa sarili at co-applicant)</i>	Mga Edad ng Mga Dependent	Numero ng Telepono sa Bahay ()	
Street Address	Lungsod	Estado	County	Zip
Kasalukuyang Employer	Street Address	Lungsod	Estado	Posisyon

* Kung hindi ka nagtatrabaho, gaano ka na katagal na walang trabaho?

4. IBA PANG COVERAGE (NAUKOL SA PASYENTE ANG LAHAT NG SAGOT)

*Lagyan ng
check ang
naaangkop
na sagot*

1.	Mayroon bang insurance para sa kalusugan ang pasyente? Kung oo, pakibigay ang sumusunod na impormasyon: Pangalan ng Insurance sa Kalusugan: _____ Numero ng Telepono ng Insurance: _____ Pangalan ng Mga Subscriber: _____ Numero ng Pagkakakilanlan ng Mga Miyembro/Pasyente: _____ Petsa ng Pagkakabisa: _____ Pangalan ng Grupo/Employer: _____ Numero ng Grupo: _____	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
2.	Kwalipikado ba ang pasyente para sa isang programa sa tulong medikal ng estado? Kung oo, pakibigay ang sumusunod na impormasyon: Pangalan ng Programa: _____ County: _____ Numero ng Pagkakakilanlan ng Pasyente: _____	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
3.	Ginagamot ba ang pasyente para sa mga pinsalang sakop ng Pasahod sa Mga Manggagawa (Workers Compensation)? Kung oo, pakibigay ang sumusunod na impormasyon: Pangalan ng Carrier ng Pasahod sa Mga Manggagawa: _____ Pangalan ng Mga Tagapagsaayos: _____ Numero ng Telepono ng Mga Tagapagsaayos: _____ Petsa ng Pagkapinsala: _____ Numero ng Claim/Kaso: _____	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
4.	Ginagamot ba ang pasyente para sa mga pinsalang sakop ng Sagutin ng Third Party (Third Party Liability), gaya ng Kumpanya ng Insurance para sa Sasakyan (Auto Insurance Company)? Kung oo, pakibigay ang sumusunod na impormasyon: Pangalan ng Auto Insurance o Abugado: _____ Numero ng Telepono ng Auto Insurance o Abugado: _____ Petsa ng Pagkapinsala: _____ Numero ng Claim/Kaso: _____	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
5.	Isa bang Biktima ng Krimen ang pasyente? Kung oo, pakibigay ang sumusunod na impormasyon: Pangalan ng Nagtatrabaho sa Kaso: _____ Numero ng Telepono ng Nagtatrabaho sa Kaso: _____ Numero ng Claim/Kaso: _____	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi

5. IMPORMASYON NG KITA

Mga Pinagmumulan ng Buwanang Kita	Aplikante	Co-Applicant	Pinagsamang Buwanang Kita (Aplikante + Co-Applicant)
Kita sa Pagtatrabaho	\$	\$	\$
Social Security	\$	\$	\$
Kapansanan	\$	\$	\$
Kawalan ng Trabaho	\$	\$	\$
Suporta sa Asawa	\$	\$	\$
Kita sa Pinapaupahang Propyedad	\$	\$	\$
Kita sa Pamumuhunan	\$	\$	\$
Iba pa, gamitin ang mga puwang na ito	\$	\$	\$
Kabuuan ng Pinagsamang Buwanang Kita			\$

7. LAGDA

Pinapahunayan ko na ang lahat ng impormasyon ay wasto at kumpleto at sa pamamagitan nito ay pinahihintulutan ko ang Stanford Medicine Health Care na humiling at/o i-verify ang alinman sa impormasyon sa itaas kung kinakailangan.

Aplikante**Petsa****Co-Applicant****Petsa****Ibalik ang nakumpletong aplikasyon sa:**

Stanford Medicine Health Care
Attention: Patient Financial Services
P.O. BOX 740715
Los Angeles, CA 90074-0715
Fax: (650) 493-8623
E-mail: FAA@stanfordhealthcare.org