

## MGA TAGUBILIN 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. Nag-aalok ang Stanford Medicine ng tulong pinansyal sa mga pasyenteng walang insurance na may kita ng pamilya na 400% o mas mababa kaysa sa Pederal na Antas ng Kahirapan, at sa mga pasyenteng may insurance na may kita ng pamilya na 400% o mas mababa kaysa sa Pederal na Antas ng Kahirapan at may mataas na gastos sa medikal, tulad ng tinukoy sa ibaba. Available lang ang tulong pinansyal para sa mga serbisyong ibinigay ng Stanford Medicine.

Maraming available na programa sa tulong pinansyal ang Stanford Medicine para sa mga pasyente. Kasama sa aming mga pagpipilian sa tulong pinansyal ang:

### Hindi Kinakailangan ang Aplikasyon sa Tulong Pinansyal

- **Mga Diskwento sa Walang Insurance** — Awtomatikong makakatanggap ng diskwento sa mga singil ng Stanford Medicine ang lahat ng mga pasyenteng walang insurance. Hindi kwalipikado ang ilang serbisyo para sa mga diskwento sa pasyenteng walang insurance – makipag-ugnayan sa Customer Service Billing para sa higit pang impormasyon.

### Kinakailangan ang Aplikasyon sa Tulong Pinansyal

- **Buong Tulong Pinansyal** — Ang mga pasyenteng walang insurance na may kita ng pamilya na 400% o mas mababa kaysa sa Pederal na Antas ng Kahirapan, at mga pasyenteng may insurance na may kita ng pamilya na 400% o mas mababa kaysa sa Pederal na Antas ng Kahirapan at may mataas na gastos sa medikal (tulad ng tinukoy sa ibaba), ay kwalipikado para sa diskwentong 100% sa halagang dapat bayaran mula sa pasyente. Hindi kwalipikado ang ilang serbisyo para sa tulong pinansyal – makipag-ugnayan sa Customer Service Billing para sa higit pang impormasyon. “Ang matataas na gastusing medikal” ay nangangahulugang (i) taunang mga gastos mula sa sariling bulsa na kailangang bayaran ng indibidwal sa Stanford Medicine na lumampas sa mas mababa sa 10 porsyento ng kasalukuyang kita ng pamilya o kita ng pamilya ng pasyente sa nakaraang 12 buwan; o (ii) taunang mga gastos na mula sa sariling bulsa na lumampas sa 10 porsyento ng kita ng pamilya ng pasyente, kung nagbibigay ang pasyente ng dokumentasyon ng pamilya ng pasyente sa gastusing medikal na binayaran ng pasyente sa nakaraang 12 buwan.

### Mga Pinalawig na Plano sa Pagbabayad na Walang Interes

- Maaaring humiling ang mga pasyente ng pinalawig na plano sa pagbabayad para sa kanilang mga balanseng dapat bayaran. Ang lahat ng mga plano sa pagbabayad ay walang interes. May karapatang makipag-ayos ang mga pasyente sa mga tuntunin ng kanilang plano sa pagbabayad.

Para maproseso ang iyong aplikasyon sa tulong pinansyal, kailangan mong:

- Magbigay sa amin ng impormasyon tungkol sa iyong pamilya; punan ang bilang ng miyembro ng iyong sambahayan, na maaaring kinabibilangan ng: Kapag ang pasyente ay 18 taong gulang pataas, kasama sa pamilya ang:
  - Pasyente
  - Asawa
  - Nakarehistrong kinakasama
  - Mga dependent na anak na wala pang 21 taong gulang
  - Mga dependent na anak sa anumang edad kung may kapansanan

Kapag ang pasyente ay 18 taong gulang pataas, o 18-20 taong gulang kung dependent, kasama sa pamilya ang:

- Pasyente
- (Mga) magulang ng pasyente

- (Mga) kamag-anak ng tagapangalaga ng pasyente
  - Iba pang dependent na anak ng (mga) magulang o kamag-anak ng tagapangalaga na wala pang 21 taong gulang
  - Iba pang (mga) anak ng (mga) magulang o kamag-anak ng tagapangalaga sa anumang edad kung may kapansanan ang (mga) bata
- 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

Lagdaan at lagyan ng petsa ang form Para sa aplikasyon sa tulong pinansyal at mga pansuportang dokumento na isinumite sa Ingles, puwede mo na ngayong gamitin ang MyHealth para isumite ang iyong mga dokumento. Para sa pagsusumite ng lahat ng iba pang aplikasyon, mangyaring isumite ang aplikasyon sa pamamagitan ng mail, e-mail, fax, o nang personal sa mga address sa ibaba. 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, HIPAA). Hindi gagamitin ng Stanford Medicine ang impormasyong nakuha mula sa pinansyal na aplikasyon na ito sa mga aktibidad sa pagkolekta.

**Stanford Medicine Health Care o**

**Stanford Medicine Partners**

500 Pasteur Drive, Palo Alto, CA 94304

**Customer Service Billing**

Telepono: (800) 549-

3720 M-F 9:00AM –

5:00PM

[stanfordhealthcare.org/financial-assistance](http://stanfordhealthcare.org/financial-assistance)

**Stanford Medicine Tri-Valley**

5555 W Las Positas Blvd, Pleasanton, CA 94588

**Customer Service Billing**

Telepono: (800) 549-

3720 M-F 9:00AM –

5:00PM

[stanfordhealthcare.org/tri-valley/patients-and-visitors/financial-assistance.html](http://stanfordhealthcare.org/tri-valley/patients-and-visitors/financial-assistance.html)

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 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 kopya ng **mga pinakabagong pay stub** o **pagbabayad ng buwis sa kita** para sa lahat ng miyembro ng pamilya ng pasyente, tulad ng nakalista sa itaas. Ang "mga pinakabagong pagbabayad ng buwis sa kita" ay mga pagbabayad ng buwis na nagdodokumento ng kita ng Pasyente para sa taon kung saan unang sinisingil ang Pasyente o 12 buwan bago noong unang sinisingil ang Pasyente. Ang "mga pinakabagong paystub" ay mga paystub sa loob ng 6 na buwan bago o pagkatapos na unang masingil ng ospital ang Pasyente, o sa kaso ng preservice, kapag naisumite ang aplikasyon.

Mangyaring ipadala ang iyong mga dokumento sa address na tinukoy sa ibaba:

Uri ng Kita	Dokumentasyon na maaaring tanggapin
<b>Kita sa Pagtatrabaho</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kopya ng Pagbabayad ng buwis ng indibidwal (Form 1040, Pahina 1 at 2 lang) para sa kasalukuyang taon ng pagbubuwis (kung nagki-claim na may mga dependent, kinakailangan ang pagbabayad ng buwis)</li> <li>○</li> <li>Kopya ng dalawang pinakabagong magkakasunod na mga paystub (para sa aplikante at co-applicant, kung naaangkop)</li> </ul>
<b>Self-Employment</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kopya ng pagbabayad ng buwis ng Indibidwal (Form 1040, Pahina 1 at 2 lamang) para sa kasalukuyang taon ng pagbubuwis</li> </ul>
<b>Social Security/ Pagreretiro</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kopya ng pagbabayad ng buwis ng Indibidwal (Form 1040, Pahina 1 at 2 lamang) para sa kasalukuyang taon ng pagbubuwis</li> <li>○</li> <li>Kopya ng Liham ng Paggawad mula sa Pangasiwaan ng Social Security na nagsasaad sa buwanang pagbabayad</li> <li><b>AT</b></li> <li>Kopya ng buwanang abiso sa pagbabayad o liham ng paggawad ng Pensyon.</li> </ul>
<b>Kapansanan</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kopya ng pagbabayad ng buwis ng Indibidwal (Form 1040, Pahina 1 at 2 lamang) para sa kasalukuyang taon ng pagbubuwis</li> <li>○</li> <li>Kopya ng Liham ng Paggawad mula sa kapansanan na nagsasaad sa buwanang pagbabayad para sa kapansanan</li> </ul>
<b>Kawalan ng Trabaho</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kopya ng pagbabayad ng buwis ng Indibidwal (Form 1040, Pahina 1 at 2 lamang) para sa kasalukuyang taon ng pagbubuwis</li> <li>○</li> <li>Kopya ng Liham ng Paggawad mula sa kawalan ng trabaho na nagsasaad ng pang-araw-araw, lingguhan, o buwanang halaga ng benepisyo</li> </ul>
<b>Suporta sa Asawa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kopya ng Pagbabayad ng buwis ng indibidwal (Form 1040, Pahina 1 at 2 lang) para sa kasalukuyang taon ng pagbubuwis na nagpapakita ng kita na ito.</li> <li>○</li> <li>Kopya ng opisyal na liham mula sa hukuman na nagsasaad ng buwanang halaga ng gawad</li> </ul>
<b>Kinita sa Pinapaupahang Propyedad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kopya ng Schedule 1 Form</li> </ul>

<b>Kita sa Pamumuhunan</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kopya ng pagbabayad ng buwis ng Indibidwal (Form 1040, Pahina 1 at 2 lamang) para sa kasalukuyang taon ng pagbubuwis</li> </ul>
<b>Uri ng Kita</b>	<b>Dokumentasyon na maaaring tanggapin</b>
<b>Patunay ng Pagkakaroon ng Mga Dependent</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kopya ng pagbabayad ng buwis ng Indibidwal (Form 1040, Pahina 1 at 2 lamang) para sa kasalukuyang taon ng pagbubuwis</li> </ul>
<b>Patunay ng Pag-enroll (Mag-aaral)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kopya ng liham ng pagpaparehistro/pagpapatala o report card sa kasalukuyang quarter/semester sa kolehiyo o unibersidad.</li> </ul> <b>AT</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Liham/e-mail mula sa aplikante na nagpapaliwanag kung paano sinusuportahan ang mga buwanang gastos (kung walang naiulat na kita)</li> </ul>
<b>Liham ng Pagsustento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Liham/e-mail mula sa aplikante na nagpapaliwanag kung paano sinusuportahan ang mga buwanang gastos (kung walang naiulat na kita)</li> </ul>

**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.

**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](mailto:FAA@stanfordhealthcare.org)

(Sadyang blanko ang pahinang ito)

**PETSA NG APLIKASYON SA**

**APLIKASYON PARA SA TULONG PINANSYAL: \_**

*Mangyaring ganap na 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 patunayan 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/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  May Asawa  Kinakasama   
 Diborsyado/Diborsyada  Hiwalay sa Asawa  Biyudo/Biyuda  
*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 (Maliban sa sarili at co-applicant)	Mga Edad ng Mga Dependent	Numero ng Telepono sa Bahay ( )	
Address ng Kalye		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 (Maliban sa sarili at co-applicant)	Mga Edad ng Mga Dependent	Numero ng Telepono sa Bahay ( )	

Address ng Kalye		Lungsod	Estado	County	Zip
Kasalukuyang Employer	Street Address		Lungsod	Estado	Posisyon

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

<b>4. IBA PANG COVERAGE (PATUNGKOL SA PASYENTE ANG LAHAT NG SAGOT)</b>	<i>Lagyan ng check ang naaangkop na sagot</i>
--	---

1.	Mayroon bang insurance sa kalusugan ang pasyente? Kung mayroon, ibigay 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 Pagiging Epektibo: _____ Pangalan ng Grupo/Employer: _____ Numero Grupo: _____	<input type="checkbox"/> Mayroon <input type="checkbox"/> Wala
2.	Kwalipikado ba ang pasyente para sa programa sa tulong medikal ng estado? Kung mayroon, ibigay 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, mangyaring ibigay ang sumusunod na impormasyon: Pangalan ng Carrier ng Pasahod sa Trabaho? _____ Pangalan ng mga Adjuster: _____ Numero ng Telepono ng mga Adjuster: _____ Petsa ng Pinsala: _____ Numero ng Claim/Kaso: _____	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
4.	Ginagamot ba ang pasyente para sa mga pinsalang saklaw ng Pananagutan ng Third Party (Third Party Liability), gaya ng Kumpanya ng Insurance para sa Sasakyan (Auto Insurance Company)? Kung oo, ibigay ang sumusunod: Pangalan ng Insurance para sa Sasakyan o Abogado: _____ Numero ng Telepono ng Insurance para sa Sasakyan o Abogado: _____ Petsa ng Pinsala: _____ Numero ng Claim/Kaso: _____	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
5.	Isa bang Biktima ng Krimen ang pasyente? Kung mayroon, ibigay ang sumusunod na impormasyon: Pangalan ng Nagtatrabaho sa Kaso: _____ Numero ng Telepono ng mga Nagtatrabaho sa Kaso: _____ Numero ng Claim/Kaso: _____	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi

<b>5. IMPORMASYON NG KITA</b>
-------------------------------

Mga Pinagmumulan ng <u>Buwanang</u> 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	\$	\$	\$
	\$	\$	\$
<b>Kabuuan ng Pinagsamang Buwanang Kita</b>			

#### **6. PASYENTENG MAY INSURANCE NA MAY MATAAS NA GASTUSING MEDIKAL**

- Pinatutunayan ko rito na isa akong pasyenteng may insurance na may matataas na gastusing medikal, na nangangahulugang (i) ang aking taunang gastos na mula sa sariling bulsa na kailangan kong bayaran sa Stanford Medicine ay lumampas sa mas mababa sa 10 porsyento ng aking kasalukuyang kita ng pamilya o kita ng pamilya sa nakaraang 12 buwan; o (ii) ang taunang gastos na mula sa sariling bulsa na binayaran ko o ng aking pamilya sa nakaraang 12 buwan na lumampas sa 10 porsyento ng kita ng aking pamilya. Kinikilala ko rin na may karapatan ang Stanford Medicine Health Care na humiling ng dokumentasyon para patunayan ang aking mga gastusing medikal.
- Hindi Naaangkop (May insurance ako)

#### **7. LAGDA**

Pinatutunayan ko na ang lahat ng impormasyon ay wasto at kumpleto at sa pamamagitan nito ay pinahihintulutan ko ang Stanford Medicine Health Care na hilingin at/o patunayan ang alinman sa impormasyon sa itaas kung kinakailangan.

<b>Aplikante</b>	<b>Petsa</b>	<b>Co-Applicant</b>	<b>Petsa</b>