



Aplikasyon sa Tulong Pinansyal Financial Assistance Application

Mayroong iba't ibang available na opsyon ang Pangangalagang Pangkalusugan ng Stanford (Stanford Health Care) para sa mga pasyenteng walang insurance o may hindi sapat na insurance. Kasama sa aming mga opsyon sa tulong pinansyal ang:

Hindi Kailangan ng Aplikasyon

- **Mga Diskwento para sa Walang Insurance-** *Maaaring hindi kasama ang ilang serbisyo.*
- **Mga Plano sa Pagbabayad na Walang Interes -** *Karaniwang binabayaran ang mga balanse sa loob ng 6 na buwan.*

Kailangan ng Aplikasyon

- **Mga Diskwento sa Pangangailangang Pinansyal-** *Diskwentong may rate na maihahambing sa mga gobyernong nagbabayad sa amin. Maaaring hindi kasama ang ilang serbisyo.*
- **Tulong Pinansyal para sa Kabuuang Halaga-100% ng dapat bayarang porsyon ng pasyente.** *Maaaring hindi kasama ang ilang serbisyo.*
- **Extended na Mga Plano sa Pagbabayad na Walang Interes-** *Available sa mga pasyenteng kwalipikado para sa mga diskwento sa pangangailangang pinansyal.*

Dapat makapagsumite ng kumpletong aplikasyon para sa tulong pinansyal at patunay ng kita (proof of income) upang makapagsaalang-alang kami ng diskwento sa pangangailangang pinansyal at/o tulong pinansyal para sa kabuuang halaga. Kapag natanggap na namin ang iyong nakumpletong aplikasyon, maaari na naming tasahin kung kwalipikado ka o hindi para sa mga programa ng estado o county. Kung mapag-alaman ng pagtatasang iyon na hindi ka kwalipikado para sa mga programang ito, susuriin namin ang iyong aplikasyon para sa tulong pinansyal upang malaman kung kwalipikado ka para sa isang diskwento sa pangangailangang pinansyal o tulong pinansyal para sa kabuuang halaga. Maaaring makatanggap ng tulong ang mga kwalipikado sa kanilang mga bill sa ospital para sa mga serbisyong ibinibigay sa Stanford Hospital at mga bill sa doktor para sa mga doktor na nagtatrabaho sa Stanford University.

Hindi available para sa lahat ng serbisyo ang pagbibigay ng diskwento sa pangangailangang pinansyal at tulong pinansyal para sa kabuuang halaga. Ibatatay ang pagsasaalang-alang para sa mga serbisyo sa hinaharap sa mga gastusin para sa kinakailangang paggamot at malalang paggamot.

Sa pagsasaalang-alang sa tulong pinansyal, ang una naming priyoridad ay ang makatulong sa mga nabigyan ng mga serbisyong pang-emergency. Sunod ay ang tulongang mga taong nabigyan o mabibigyan ng mga serbisyong hindi pang-emergency ngunit kinakailangan sa paggamot, na nasa alinman sa sumusunod na dalawang kategorya:

- A. Kategorya 1: Ang Stanford Health Care ay ang pinakamalapit na ospital sa bahay o lugar na pinagtatrabahuhan ng pasyente; o
- B. Kategorya 2: Hindi Stanford Health Care ang pinakamalapit na ospital sa bahay o lugar na pinagtatrabahuhan ng pasyente ngunit nalalapat ang isa o mahigit pa sa mga sumusunod na salik:

- (a) Mayroong natatangi o di-karaniwang kundisyon ang pasyente na nangangailangan ng paggamot sa Stanford Health Care ayon sa napagpasyahan ng Chief Quality and Medical Information Officer ng SHC.
- (b) Magiging daan ang pangangalaga sa pasyente para higit pang maisulong ang misyong magturo ng mga institusyon ayon sa napagpasyahan ng Chief Quality and Chief Medical Officer ng SHC.

Mahalagang Impormasyong Kinakailangang Kasama sa Aplikasyon

Nasa ibaba ang isang listahan ng dokumentasyon sa POI na kailangan para sa pagsasaalang-alang sa SHC Financial Assistance.	
Uri ng Kita	Kinakailangang dokumentasyon
Kita sa Pagtatrabaho	<ul style="list-style-type: none"> • Kopya ng Individual tax return (Form 1040) para sa kasalukuyang taon ng pagbubuwis • Kopya ng dalawang pinakamakailang paystub
Self-Employment	<ul style="list-style-type: none"> • Kopya ng Individual tax return (Form 1040) para sa kasalukuyang taon ng pagbubuwis
Social Security/Retirement	<ul style="list-style-type: none"> • Kopya ng Individual tax return (Form 1040) para sa kasalukuyang taon ng pagbubuwis • Kopya ng Liham-Parangal (Award Letter) mula sa Social Security Administration na nagsasaad sa buwanang pagbabayad • Kopya ng abiso ng buwanang pagbabayad mula sa Social Security Administration
Kapansanan	<ul style="list-style-type: none"> • Kopya ng Individual tax return (Form 1040) para sa kasalukuyang taon ng pagbubuwis • Kopya ng Award Letter mula sa kapansanan na nagsasaad sa buwanang pagbabayad para sa kapansanan • Kopya ng abiso ng buwanang pagbabayad mula sa kapansanan
Kawalan ng Trabaho	<ul style="list-style-type: none"> • Kopya ng Individual tax return (Form 1040) para sa kasalukuyang taon ng pagbubuwis • Kopya ng Award Letter mula sa kawalan ng trabaho na nagsasaad sa lingguhan o buwanang halaga ng benepisyo • Kopya ng abiso ng buwanang pagbabayad mula sa kawalan ng trabaho
Suporta sa Asawa/Anak	<ul style="list-style-type: none"> • Kopya ng Individual tax return (Form 1040) para sa kasalukuyang taon ng pagbubuwis • Kopya ng liham na nagsasaad sa buwanang halaga ng naibibigay
Pinapaupahang Property	<ul style="list-style-type: none"> • Kopya ng Individual tax return (Form 1040) para sa kasalukuyang taon ng pagbubuwis
Kita sa Pamumuhunan	<ul style="list-style-type: none"> • Kopya ng Individual tax return (Form 1040) para sa kasalukuyang taon ng pagbubuwis
Patunay ng Pagkakaroon ng Mga Dependent (Proof of Dependents)	<ul style="list-style-type: none"> • Kopya ng Individual tax return (Form 1040) para sa kasalukuyang taon ng pagbubuwis
Patunay ng Pag-enroll (Estudyante)	<ul style="list-style-type: none"> • Kopya ng liham ng pagpaparehistro/pag-enroll o report card para sa kasalukuyang quarter/semestre sa unibersidad o kolehiyo.

Proof of Income (POI): Pakibigay ang sumusunod na impormasyon o ipaliwanag kung bakit hindi available ang impormasyon. Maaaring maantala ng kulang na dokumento ang pagpoproseso sa iyong aplikasyon at maaari itong magresulta sa pagtanging mabigyan ng tulong.

Gagawin ang bawat makatwirang pagsusumikap upang maproseso ang iyong aplikasyon nang maagap at kapag nasuri na ang iyong aplikasyon, makakatanggap ka ng liham na magkukumpirma sa resulta. Maaaring ipadala sa koreo ang nakumpletong mga aplikasyon kasama ang kinakailangang pansuportang dokumentasyon sa address na nakalista sa ibaba:

Stanford Hospital and Clinics
Attention: Patient Financial Assistance
P.O. BOX 740715
Los Angeles, CA 90074-0715

Maaari ding i-fax ang mga aplikasyon sa (650) 493-8623



FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION

PETSA NG APLIKASYON: _____

1. IMPORMASYON NG PAMILYA (PAKIBIGAY ANG MGA PANGALAN NG LAHAT NG TAONG ISASAALANG-ALANG PARA SA TULONG PINANSYAL) - PAKI-PRINT ANG LAHAT NG IMPORMASYON-			
Apelyido	Pangalan	Gitnang Inisyal	Medical Record Number
Apelyido	Pangalan	Gitnang Inisyal	Medical Record Number
Apelyido	Pangalan	Gitnang Inisyal	Medical Record Number

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

2. IMPORMASYON NG APLIKANTE (GUARANTOR)					
<u>UGNAYAN SA PASYENTE</u>			<u>MARITAL STATUS</u>		
<input type="checkbox"/> Sarili <input type="checkbox"/> Asawa/Domestic Partner <input type="checkbox"/> Magulang <input type="checkbox"/> Iba Pa _____			<input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> May Asawa/May Domestikong Kapareha <input type="checkbox"/> Divorced <input type="checkbox"/> Hiwalay <input type="checkbox"/> Biyuda/Biyudo		
KUNG MINARKAHAN MO NG OO ANG MAY ASAWA O MAY DOMESTIKONG KAPAREHA: 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 (bukod pa sa sarili at co-applicant)	Mga edad ng mga Dependent		Numero ng Telepono sa Bahay ()	
Address ng Kalye (Huwag Ilista ang PO Box)		Lungsod	Estado	County	Zip
Kasalukuyang Employer		Address ng Kalye, Lungsod, Estado		Posisyon	
* Kung hindi ka nagtatrabaho, gaano ka na katagal na walang trabaho?					

3. IMPORMASYON NG CO-APPLICANT (GUARANTOR)					
<u>UGNAYAN SA PASYENTE</u>			<input type="checkbox"/> Asawa/Domestikong Kapareha <input type="checkbox"/> Magulang <input type="checkbox"/> Iba Pa _____		
Apelyido	Pangalan	Gitnang Inisyal	Mamamayan ng U.S. <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi		
Petsa ng Kapanganakan	Bilang ng mga Dependent (huwag isama iyong mga na-claim na ng coapplicant)	Mga edad ng mga Dependent		Numero ng Telepono sa Bahay ()	
Address ng Kalye (Huwag Ilista ang PO Box)		Lungsod	Estado	County	Zip
Kasalukuyang Employer		Address ng Kalye, Lungsod, Estado		Posisyon	
* Kung hindi ka nagtatrabaho, gaano ka na katagal na walang trabaho?					

4. IBA PANG MGA TANONG TUNGKOL SA COVERAGE: -- (Patungkol 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 para sa Kalusugan: _____ Pangalan ng Mga Subscriber: _____ Identification Number ng Mga Miyembro/Pasyente: _____ Numero ng Grupo: _____ Pangalan ng Grupo/Employer: _____ Petsa ng Pagkabisa: _____ Numero ng Telepono ng Insurance para sa Kalusugan: _____	<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: _____ Identification Number 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 Work Comp Carrier: _____ Pangalan ng Adjuster: _____ Numero ng Telepono ng Adjuster: _____ Petsa kung kailan Napinsala: _____ 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 kung kailan Napinsala: _____ 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: Petsa kung kailan napinsala: _____ Pangalan ng Nagtatrabaho sa Kaso (Case Worker): _____ Numero ng Telepono ng Case Worker: _____ Numero ng Kaso: _____	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi

5. IMPORMASYON NG KITA			
Mga Pinagmumulan ng <u>Buwanang Kita</u>	Aplikante	Co-Applicant	Pinagsamang Buwanang Kita (Aplikante + Co-Applicant)
Kita sa Pagtatrabaho	\$	\$	\$
Social Security	\$	\$	\$
Kapansanan	\$	\$	\$
Kawalan ng Trabaho	\$	\$	\$
Suporta sa Asawa/Anak	\$	\$	\$
Pinapaupahang Property	\$	\$	\$
Kita sa Pamumuhunan	\$	\$	\$
Iba pa, gamitin ang mga puwang na ito	\$	\$	\$
	\$	\$	\$
Kabuuang Pinagsamang Buwanang Kita			\$

6. KUNG WALA KANG BUWANANG KITA, PAKIPALIWANAG KUNG PAANO MO NATUTUGUNAN ANG IYONG MGA BUWANANG GASTOS. GUMAMIT NG MGA KARAGDAGANG PAHINA KUNG KAILANGAN

7. LAGDA

Pinapatunayan ko na wasto at kumpleto ang lahat ng impormasyon at nagbibigay-pahintulot ako sa Stanford Health Care na hilingin at/o i-verify ang alinman sa impormasyon sa itaas kung kinakailangan.

Aplikante

Petsa

Co-Applicant

Petsa

Ibalik ang nakumpletong aplikasyon sa:

SHC Patient Financial Assistance

Patient Financial Services

P.O. BOX 740715

Los Angeles, CA 90074-0715