



# AHMC Seton Medical Center

## AHMC Seton Medical Center Coastside

**Petsa:**

**Numero ng Account:**

**Pangalan ng Pasyente:**

### CHARITY CARE AND FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION

APELYIDO (PASYENTE)	PANGALAN	GITNANG PANGALAN	SOCIAL SECURITY #	PETSA NG KAPANGANAKAN
ADRES NG BAHAY (ADRES NG PASILIDAD KUNG WALANG TIRAHAN)			GAANO KATAGAL	TELEPONO
LUNGSOD	ESTADO	ZIP	MARITAL STATUS	

### **SEKSIYON A:** PAGSUSURI KUNG KWALIPIKADO PARA SA TULONG MEDIKAL – *Pakibilugan ang "O" kung oo, o "H" kung hindi.*

- |  |       |   |       |
|--|-------|---|-------|
| 1. Ang edad ba ng pasyente ay mas mababa sa 21 o higit sa 65?  | O / H | 5. Ang pasyente ba ay buntis, o na-admit na ang dahilan ay may kaugnayan sa pagbubuntis?  | O / H |
| 2. Ang pasyente ba ay nagsosolong magulang at may anak na wala pang 21 taong gulang?   | O / H | 6. Ang pasyente ba ay posibleng maging disabled sa loob ng 12 buwan?                      | O / H |
| 3. Ang pasyente ba ay caretaker o guardian ng isang batang wala pang 21 taong gulang?  | O / H | 7. Ang pasyente ba ay Biktima ng Krimen?  | O / H |
| 4. Ang pasyente ba ay magulang na kasal na may menor-deedad na anak?<br><i>Kung oo, ang pasyente ba ay nabaldado sa loob ng 30 araw?</i> | O / H | 8. Ang pasyente ba ay mayroong "COBRA" o insurance policy na ang premium ay nag-lapse na? | O / H |

### **SEKSIYON B**

Para malaman kung kwalipikado para sa anumang diskwento o programa para sa tulong, ang sumusunod na impormasyon ay kailangan.

#### **MGA NASASANGKOT/GUARANTOR**

Apelyido:	Pangalan:	Kaugnayan sa pasyente: Sarili
SSN:	DOB:	
Adres ng Bahay:	Numero ng Telepono:	
Adres ng Trabaho:	Numero ng Telepono:	
Kabuuang Kita:	Bilugan ang isa - <input type="checkbox"/> Oras-oras <input type="checkbox"/> Araw-araw <input type="checkbox"/> Linggo-linggo Buwan-buwan <input type="checkbox"/> Taon-taon	
	Oras Bawat Linggo:	
Kung ang kita ay \$0/walang trabaho, ano ang iyong ikinabubuhay?	<input type="checkbox"/> Nabubuhay sa Ipon/Annuity <input type="checkbox"/> Naninirahan kasama ang magulang/pamilya/kaibigan <input type="checkbox"/> Walang Tirahan <input type="checkbox"/> Shelter	

#### **ASAWA**

Apelyido:	Pangalan:
SSN:	DOB:
Adres ng Bahay:	Numero ng Telepono:
Adres ng Trabaho:	Numero ng Telepono:

Kabuuang Kita: \$	Bilugan ang isa - <input type="checkbox"/> Oras-oras <input type="checkbox"/> Araw-araw <input type="checkbox"/> Linggo-linggo <input type="checkbox"/> Buwan-buwan <input type="checkbox"/> Taon-taon
	Oras Bawat Linggo:

APELYIDO (GUARANTOR, KUNG IBA SA NASA ITAAS)		NUMERO NG SOCIAL SECURITY	PETA NG KAPANAKANAN		
EMPLOYER NG GUARANTOR (PANGALAN AT KUMPLETONG ADRES)					
TELEPONO			BUWANANG KABUUANG SAHOD \$		
IBA PANG EMPLOYER (PANGALAN AT KUMPLETONG ADRES)					
TELEPONO			BUWANANG KABUUANG SAHOD \$		
KUNG WALANG TRABAHO, PANGALAN NG HULING EMPLOYER AT KUMPLETONG ADRES					
PETA KUNG KAILAN HULING NAGKAROON NG TRABAHO					
MGA UMAASANG MIYEMBRO NG PAMILYA (KUNG KULANG ANG ESPASYO, PAKISUYONG MAGLAKIP NG KARAGDAGANG PAPEL)	PETA NG KAPANAKANAN	KAUGNAYAN	NAGTRATRAHAHO SA		
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					

<input type="checkbox"/> UMUUPA NG BAHAY <input type="checkbox"/> MAY SARILING BAHAY				<i>IBA PANG BUWANANG KITA</i> \$  <i>BANGGITIN ANG PINANGGAGALINGAN</i>		
<b>PAGKAKAUTANG SA IBA</b>	<small>KUNG KANINO MAY UTANG</small>	<small>KASALUK UYANG BALANSE</small>	<small>BUWANAN G BAYAD</small>	<b>MGA ARI-ARIAN</b>	<small>NUMERO NG BANGKO AT NUMERO NG ACCOUNT</small>	<small>BALANSE NG ACCOUNT</small>
RENTA/MORTGAGE				CHECKING		
MGA UTILITY				IPON O SERTIPIKO		
PAGKAIN				403(B) O 401(K)		
AUTO LOAN				MGA STOCK AT BOND		
		<small>KASALUK UYANG BALANSE</small>	<small>BUWANAN G BAYAD</small>	<b>MGA ARI-ARIAN</b>	<small>NUMERO NG BANGKO AT NUMERO NG ACCOUNT</small>	<small>BALANSE NG ACCOUNT</small>
MGA CREDIT CARD				IRA		
				SASAKYAN (TAON AT MODELO)		
				SASAKYAN (TAON AT MODELO)		
IBA PANG MGA OBLIGASYON (SUPOORTA SA ANAK, SUSTENTO, MGA BAYAD SA INSURANCE)				HALAGA NG TINITIRHAN KAPAG IBINENTA		
KARAGDAGANG IMPORMASYON				HALAGA NG INSURANCE SA CASH		
PAGKAKAUTANG SA IBA PANG MGA MEDICAL PROVIDER				IBA PANG ARI-ARIAN (ILARAWAN, HAL., PANGALAWANG TIRAHAN)		
<i>HALAGA NG (MGA) INIINOM NA GAMOT</i>						
<b>KABUANG UTANG</b>				<b>KABUANG ARI-ARIAN</b>		

PINATUTUNAYAN KO NA LAHAT NG PAHAYAG NA GINAWA SA APLIKASYONG ITO AY TOTOO AT KUMPLETO. PINAHIHINTULUTAN KO KAYO NGAYON NA SURIIN ANG AKING CREDIT HISTORY PARA MASURI ANG APLIKASYONG ITO PARA SA PAGSASAALANG-ALANG SA PINANSIYAL NA TULONG.

PIRMA	PETA
-------	------



1900 Sullivan Ave.  
Daly City, CA 94015

**Para maisaalang-alang ang aplikasyong ito para sa Pinansiyal na Tulong, LAHAT ng sumusunod na mga dokumento ay kailangan, kung nalalapat**

- ▶ Nakumpleto at pinirmahang Financial Assistance Application form
- ▶ Isang kopya ng pinakahuling Federal Income Tax return na may mga W-2 at Iskedyul
- ▶ Isang kopya ng mga kasalukuyang pay stub (13 linggo)
- ▶ Isang kopya ng social security, disability, o unemployment check o award letter
- ▶ Isang kopya ng AHCCS/Medi-Cal Decision/Denial Notice ng estado, na tinatawag ding Notice of Action letter. Makakakuha ka nito sa pamamagitan ng pagkontak sa opisina ng Medi-Cal sa lugar kung saan ka nakatira. Lahat ng potensyal na kwalipikadong pasyente ay dapat na magbigay ng valid na “Notice of Action” mula sa AHCCS/Medi-Cal na nagsasaad ng pagkumpleto sa aplikasyon at ng dahilan kung bakit tinanggap o tinanggihan. Anumang Notice of Action na nagsasaad ng pagkabigong magbigay ng impormasyon o pagkabigong lumahok sa interbyu ay hindi tatanggapin sa pagsasaalang-alang sa Aplikasyong ito para sa Pinansiyal na Tulong.
- ▶ **3 buwan** ng kasalukuyang mga bank statement (checking at savings)

Pakibalik ang iyong nakumpletong aplikasyon kasama ang lahat ng hinihiling na form sa sumusunod na adres sa loob ng 10 araw.

Seton Medical Center  
1900 Sullivan Ave.  
Daly City, CA 94015  
Attn: Financial Advisor

Kontakin ang Financial Advisor sa 650-991-6614 kung may anumang tanong ka.

Pakisuyong tandaan na ito ay hindi garantiya na ibibigay ang pinansiyal na tulong; at ang pagbabayad ay dapat regular na magpatuloy hanggang magkaroon ng desisyon tungkol dito. Ang iyong aplikasyon at impormasyong ibinigay ay susuriin at ibeberipika at ikaw ay papadalhan ng liham tungkol sa desisyon.

Salamat sa iyong kooperasyon. Nananabik kaming makatulong sa iyo para maresolba ang iyong account.

**Ibalik sa Petsang ito:  
Numero ng Account:  
Balanse ng Account:**