

PATAKARAN NG DISCOUNTED CARE

EXHIBIT B

APLIKASYON PARA SA DISCOUNTED CARE

Nagbibigay ang programang Discounted Care ng tulong pinansyal sa pamamagitan ng pagbawas sa pananagutan sa pananalapi ng iyong pasyente. Puwede ring kumpletuhin ng mga pasyente ang aplikasyon para sa programa ng Charity Care na nag-aalok ng kumpletong (100%) pagtanggap ng mga singil para sa medikal na kinakailangang pangangalaga sa mga karapat-dapat na pasyente.

Impormasyon ng Pasyente			
Pangalan:		Numero ng Telepono:	
Petsa ng kapanganakan:		SSN:	
Address:			
Lungsod:	Estado:	Zip Code:	
Impormasyon ng Aplikante (Guarantor) ☐ Kung pareho, lagyan ng check ang kahon at magpatuloy sa tanong 1			
Relasyon sa pasyente:			
Pangalan:		Petsa ng Kapanganakan:	
SSN:		Numero ng Telepono:	
Address:	Lungsod:	Estado:	Zip:
1. Saklaw ka ba ng Medi-cal, Medicare at/o anumang iba pang insurance? ☐ OO ☐ HINDI 2. Gusto mo bang mag-apply o muling mag-apply para sa Medi-cal? ☐ OO ☐ HINDI 3. Karapat-dapat ka ba para sa anumang programa ng pamahalaan? ☐ OO ☐ HINDI 4. May kaugnayan ba ang iyong serbisyo sa aksidente sa sasakyan o aksidente sa trabaho? ☐ OO ☐ HINDI 5. Kung gayon, ano ang pangalan ng third party na insurance? 6. Ikaw ba ay may trabaho? ☐ OO ☐ HINDI 7. Kung hindi, ikaw ba ay may kapansanan? ☐ OO ☐ HINDI			
Impormasyon ng Pamilya: Pakilista ang impormasyon para sa iyong sarili, iyong asawa/kapareha at mga dependent sa ilalim ng edad na 21 na nakatira sa iyong tahanan sa ibaba:			
Pangalan	Edad	Relasyon sa pasyente	
Kabuuang Laki ng Pamilya:			

*Kung may mga karagdagang dependent, idagdag sila sa espasyong ibinigay sa pahina 4 ng aplikasyon na ito.

PAG-VERIFY NG KITA

Paano ka binabayaran? Sagutin ang mga sumusunod na tanong sa kita para sa pasyente at asawa kung naaangkop. Nangangailangan ang proseso ng pag-verify ng kita ng patunay ng mga dokumento ng kita. *Kabilang sa mga katanggap-tanggap na patunay ng mga dokumento ng kita ang:* pinakabagong tax return, 2 pinakahuling check stub, sulat mula sa employer na nagsasaad ng mga kinita na sahod, pahayag ng perjury o patunay ng kawalan ng trabaho.

Uri ng Kita	Halaga	Gaano kadalas (Circle One)
Trabaho: Pasyente/Guarantor		Lingguhan/ Bi-weekly/ Buwanan/ Iba pa
Trabaho: Asawa		Lingguhan/ Bi-weekly/ Buwanan/ Iba pa
Cash na Kita: Pasyente/Guarantor		Lingguhan/ Bi-weekly/ Buwanan/ Iba pa
Cash na Kita: Asawa		Lingguhan/ Bi-weekly/ Buwanan/ Iba pa
Walang trabaho: Pasyente/Guarantor		Lingguhan/ Bi-weekly/ Buwanan/ Iba pa
Walang trabaho: Asawa		Lingguhan/ Bi-weekly/ Buwanan/ Iba pa
Kapansanan: Pasyente/Guarantor		Lingguhan/ Bi-weekly/ Buwanan/ Iba pa
Kapansanan: Asawa		Lingguhan/ Bi-weekly/ Buwanan/ Iba pa
Social Security: Pasyente/Guarantor		Lingguhan/ Bi-weekly/ Buwanan/ Iba pa
Social Security: Asawa		Lingguhan/ Bi-weekly/ Buwanan/ Iba pa
Workers Comp: Pasyente/Guarantor		Lingguhan/ Bi-weekly/ Buwanan/ Iba pa
Workers Comp: Asawa		Lingguhan/ Bi-weekly/ Buwanan/ Iba pa
Suporta sa Bata: Pasyente/Guarantor		Lingguhan/ Bi-weekly/ Buwanan/ Iba pa
Suporta sa Bata: Asawa		Lingguhan/ Bi-weekly/ Buwanan/ Iba pa
Iba pang Kita:		Lingguhan/ Bi-weekly/ Buwanan/ Iba pa
Iba pang Kita:		Lingguhan/ Bi-weekly/ Buwanan/ Iba pa
Iba pang Kita:		Lingguhan/ Bi-weekly/ Buwanan/ Iba pa
Kabuuang Buwanang Kita:		

Pahayag ng Pagkilala ng Pasyente

Pinatutunayan ko na tumpak at kumpleto ang impormasyong ibinigay ko sa abot ng aking kaalaman at kung sakaling magbago ang kita o insurance, makikipag-ugnayan/aabisuhan ko ang pasilidad. Nauunawaan ko na sa pagsumite ng aplikasyong ito, susuriin ito para sa diskwentong pagiging kwalipikado sa pangangalaga. Nauunawaan ko na kung matukoy na kwalipikado akong tumanggap ng may diskwentong pangangalaga; magiging pananagutan ko ang pananalapi para sa bahagi ng aking pangangalaga.

Lagda ng Pasyente/Guarantor

Petsa

PATAKARAN NG DISCOUNTED CARE

EXHIBIT B

Sariling Pahayag ng Kita (Dapat kumpletuhin kung wala kang patunay ng kita)

Pakikumpleto ang impormasyon sa ibaba **kung wala ka lang ibang paraan para idokumento** ang iyong kita. Dapat na naka-check ang lahat ng mga kahon, at lahat ng mga tanong ay nasasagot. Ang hindi pagkumpleto ng impormasyong ito ay magreresulta sa pagtangga sa iyong aplikasyon para sa may diskwentong pangangalaga.

- ☐ Binabayaran ako ng cash
- ☐ Hindi ako tumatanggap ng mga tseke ng suweldo/mga pay stub.
- ☐ Hindi ako makapagbigay ng sulat mula sa aking employer.
Ipaliwanag kung
bakit: _____
- ☐ Wala akong access sa aking impormasyon sa pananalapi.
Ipaliwanag kung bakit:

Pahayag ng Sertipikasyon ng Pasyente

Pinapautunayan ko na wala akong ibang paraan para maidokumento ang aking kita at tumpak ang lahat ng impormasyon sa itaas. Nauunawaan ko na gagamitin ang impormasyong ito para matukoy ang pagiging karapat-dapat para sa may diskwentong pangangalaga sa St. Rose Hospital. Naiintindihan ko na puwedeng i-verify ng mga opisyal ng St. Rose Hospital ang impormasyon sa form na ito.

Lagda ng pasyente

Petsa

Pagkilala sa Sertipikasyon ng Empleyado

Pinatutunayan ko na humingi ako sa aplikante ng patunay ng lahat ng pinagmumulan ng kita na natanggap ng sambahayan bago gamitin ang form na ito. Nagsumikap ako na i-secure ang lahat ng iba pang posibleng mapagkukunan ng dokumentasyon ng kita. Ang impormasyong iniulat sa form na ito ay ibinigay lang ng aplikante at tumpak na sumasalamain sa kita ng sambahayan gaya ng iniulat sa akin ng aplikante.

Lagda ng Empleyado

Petsa

PATAKARAN NG DISCOUNTED CARE
EXHIBIT B
Karagdagang Impormasyon sa Dependent

Gamitin ang espasyo na ito para idokumento ang mga dependent na hindi pa nai-record sa espasyo na ibinigay sa pahina 2.

Pangalan	Edad	Relasyon sa pasyente