Stanford MEDICINE Children's Health | Lucile Packard Children's Hospital Stanford

Aplikasyon sa Pinansyal na Tulong

Available ang iba't ibang pagpipilian sa Stanford Medicine Children's Health para sa mga pasyenteng walang insurance o kulang sa insurance.

Kasama sa aming mga pagpipilian sa pinansyal na tulong ang:

Walang Kinakailangang Aplikasyon

- **Mga Diskwento sa Walang Insurance**
  Maaaring hindi kasama ang ilang serbisyo.
- **Mga Plano sa Pagbabayad na Walang Interes**
  Mga balanseng babayaran sa pangkalahatan sa loob ng 6 na buwan.

Kinakailangan ang Aplikasyon

- **Mga Diskwento sa Pangangailangang Pinansyal**
  Diskwento sa rate na maihahambing sa mga nagbabayad sa ating gobyerno. Maaaring hindi kasama ang ilang serbisyo.
- **Buong Pinansyal na Tulong**
  100% ng bahagi ng pasyente na dapat bayaran. Maaaring hindi kasama ang ilang serbisyo.
- **Pinalawig na mga Plano sa Pagbabayad na Walang Interes**
  Magagamit ng mga pasyenteng kwalipikado para sa mga diskwento sa pinansyal na pangangailangan.

Nakabatay sa pangangailangan ang pinansyal na tulong. Maaaring kabilang dito ang diskwento, o buong pinansyal na tulong. **Upang maisaalang-alang para sa anumang pinansyal na tulong, dapat mong ibigay ang lahat ng item sa listahan sa ibaba**:

- **Nakumpletong aplikasyon**
- **Patunay ng kita**
- **Patunay ng mga medikal na gastos na natamo sa labas ng Stanford Medicine Children's Health.**

Sa sandaling matanggap namin ang iyong nakumpletong aplikasyon, maaari naming tasahin kung kwalipikado ka o hindi para sa mga programa ng estado o county. Kung matukoy ng pagtatasa na ito na hindi ka kwalipikado para sa mga programang ito, susuriin namin ang iyong aplikasyon para sa pinansyal na tulong para matukoy kung kwalipikado ka para sa diskwento sa pinansyal na pangangailangan o buong pinansyal na tulong.

Maaaring makatanggap ng tulong ang mga kwalipikado sa kanilang mga bayarin sa ospital para sa mga serbisyong ibinigay sa Stanford Medicine Children's Health at mga bayarin sa doktor para sa mga doktor na nagtatrabaho sa Stanford University.

Hindi available para sa lahat ng serbisyo ang diskwento sa pinansyal na pangangailangan at buong pinansyal na tulong. Ibabatay ang pagsasaalang-alang para sa mga serbisyo sa hinaharap sa medikal na pangangailangan at mga lubhang malaking gastusin.

Sa pagsasaalang-alang ng pinansyal na tulong, ang pangunahin naming priyoridad ay tulungan ang mga nagkaroon ng mga serbisyong pang-emergency. Kasunod nito, ay tulungan ang mga nagkaroon o magkakaroon ng medikal na kinakailangan na mga serbisyong hindi pang-emergency na nasa alinman sa sumusunod na dalawang kategorya:

A. **Kategorya 1**
Ang Stanford Medicine Children's Health ay ang pinakamalapit na ospital sa tahanan o lugar ng trabaho ng pasyente; o

B. **Kategorya 2**
Ang Stanford Medicine Children's Health ay hindi ang pinakamalapit na ospital sa tahanan o lugar ng trabaho ng pasyente pero ang isa o higit pa sa mga sumusunod na salik ay naaangkop:

a. May natatangi o hindi pangkaraniwang kondisyon ang pasyente na nangangailangan ng paggamot sa Stanford Medicine Children's Health gaya ng itinakda ng Punong Opisyal ng Kalidad at Medikal na Impormasyon (Chief Quality and Medical Information Officer)ng SMCH.

b. Ang pangangalaga ng pasyente ay magpapaunlad sa misyon ng pagtuturo ng mga institusyon gaya ng itinakda ng Punong Opisyal ng Kalidad at Medikal na Impormasyon ng SMCH.

043812|P003678|0125

NG MEDIKAL NA REKORD SA APLIKASYON SA PINANSYAL NA TULONG NG SMCH _____

Mahalagang Impormasyon na Kinakailangan sa Aplikasyon

Patunay ng Kita (Proof of Income, POI)

Mangyaring ibigay ang sumusunod na impormasyon o paliwanag kung bakit hindi available ang impormasyong ito. Maaaring maantala ng nawawalang dokumentasyon ang pagproseso ng iyong aplikasyon at maaaring magresulta sa pagtanggi para sa tulong.

Nasa ibaba ang listahan ng dokumentasyon ng POI na kinakailangan para sa bawat uri ng kita. Dapat mong ibigay ang mga kinakailangang dokumento na isasaalang-alang para sa Pinansyal na Tulong ng SMCH.

Uri ng Kita	Kinakailangang Dokumentasyon
Kita sa Pagtatrabaho	• Kopya ng Indibidwal na tax return (Form 1040) para sa kasalukuyang taon ng buwis • Kopya ng dalawang pinakabagong paystub
Self-Employment	• Kopya ng Indibidwal na tax return (Form 1040) para sa kasalukuyang taon ng buwis
Social Security / Pagreretiro	• Kopya ng Indibidwal na tax return (Form 1040) para sa kasalukuyang taon ng buwis • Kopya ng Liham ng Gawad mula sa Pangasiwaan ng Social Security na nagsasaad ng buwanang pagbabayad • Kopya ng buwanang abiso sa pagbabayad mula sa Pangasiwaan ng Social Security
Kapansanan	• Kopya ng Indibidwal na tax return (Form 1040) para sa kasalukuyang taon ng buwis • Kopya ng Liham ng Gawad dahil sa kapansanan na nagsasaad ng buwanang bayad sa kapansanan • Kopya ng buwanang abiso sa pagbabayad mula sa kapansanan
Kawalan ng Trabaho	• Kopya ng Indibidwal na tax return (Form 1040) para sa kasalukuyang taon ng buwis • Kopya ng Liham ng Gawad dahil sa kawalan ng trabaho na nagsasaad ng lingguhan o buwanang halaga ng benepisyo • Kopya ng buwanang abiso sa pagbabayad dahil sa kawalan ng trabaho
Suporta sa Asawa/Bata	• Kopya ng Indibidwal na tax return (Form 1040) para sa kasalukuyang taon ng buwis • Kopya ng liham na nagsasaad ng buwanang halaga ng gawad
Renta sa Ari-arian	• Kopya ng Indibidwal na tax return (Form 1040) para sa kasalukuyang taon ng buwis
Kita sa Pamumuhunan	• Kopya ng Indibidwal na tax return (Form 1040) para sa kasalukuyang taon ng buwis
Patunay ng mga Dependent	• Kopya ng Indibidwal na tax return (Form 1040) para sa kasalukuyang taon ng buwis

Gagawin ang bawat makatuwirang pagsisikap para maproseso kaagad ang iyong aplikasyon. Kapag nasuri na ang iyong aplikasyon, makakatanggap ka ng liham na nagpapatunay sa resulta.

Ipadala ang iyong nakumpletong aplikasyon, kasama ang lahat ng kinakailangang pansuportang dokumentasyon, sa sumusunod na address:

Stanford Medicine Children's Health
Bigyang-pansin: Patient Financial Assistance
4700 Bohannon Dr, Menlo Park, CA 94025

Maaari ring **i-fax** ang mga aplikasyon at dokumentasyon sa: (650) 497-8610
o maaari ring ipadala sa **email** sa:
PFA@stanfordchildrens.org

NG MEDIKAL NA REKORD SA APLIKASYON SA PINANSYAL NA TULONG NG SMCH _____

Mangyaring Isulat ang Lahat ng Impormasyon

Petsa ng aplikasyon: _____

1. IMPORMASYON NG PAMILYA | mangyaring ibigay ang mga pangalan ng lahat ng taong isasaalang-alang para sa pinansyal na tulong

Apelyido	Pangalan	Gitnang inisyal	Numero ng medikal na rekord	Petsa ng kapanganakan (mm/dd/yyyy)
Apelyido	Pangalan	Gitnang inisyal	Numero ng medikal na rekord	Petsa ng kapanganakan (mm/dd/yyyy)
Apelyido	Pangalan	Gitnang inisyal	Numero ng medikal na rekord	Petsa ng kapanganakan (mm/dd/yyyy)

Kung menor de edad ang pasyente, mangyaring ilista ang (mga) magulang/tagapag-alaga bilang aplikante at kasamang aplikante.

2. IMPORMASYON NG APLIKANTE (GUARANTOR)

Kaugnayan sa pasyente	Katayuan sa pag-aasawa
☐Sarili ☐Asawa/Kinakasama ☐Magulang ☐Iba pa: _____	☐Walang Asawa ☐Kasal/Kinakasama ☐Diborsiyado/Diborsiyada ☐Hiwalay

Apelyido	Pangalan	Gitnang inisyal

Petsa ng kapanganakan (mm/dd/yyyy)	Bilang ng mga Dependent (maliban sa sarili at kasamang aplikante)	Edad ng mga dependent	Telepono sa bahay (xxx) xxx-xxxx	Cell phone (xxx) xxx-xxxx

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?

(ipagpapatuloy sa susunod na pahina)

NG MEDIKAL NA REKORD SA APLIKASYON SA PINANSYAL NA TULONG NG SMCH _____

Kung minarkahan mo ng Oo ang Kasal o Kinakasama: Mangyaring kumpletuhin ang Seksyon 3.

3. IMPORMASYON NG KASAMANG APLIKANTE (GUARANTOR)

Kaugnayan sa pasyente

☐Sarili ☐Asawa/Kinakasama ☐Magulang ☐Iba pa: _____

Apelyido	Pangalan	Gitnang inisyal

Petsa ng kapanganakan (mm/dd/yyyy)	Bilang ng mga Dependent (maliban sa sarili at kasamang aplikante)	Edad ng mga dependent	Telepono sa bahay (xxx) xxx-xxxx	Cell phone (xxx) xxx-xxxx

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 SA SAKLAW | Patungkol sa pasyente ang lahat ng sagot

		I-tsek ang naaangkop na sagot
1.	Nag-a-apply ba ang pasyente para sa tulong sa mga bayarin para sa: Mga nakaraang serbisyo: (Tukuyin ang mga petsa: _____) Mga serbisyo sa hinaharap: (Tukuyin ang mga petsa: _____)	☐Oo ☐Hindi
2.	Mayroon bang insurance sa kalusugan ang pasyente? **Kung oo, mangyaring ibigay ang sumusunod na impormasyon:** Pangalan ng Insurance sa Kalusugan: _____ Mga Pangalan ng Subscriber: _____ Numero ng Pagkakakilanlan ng mga Miyembro/Pasyente: _____ Numero ng Grupo: _____ Pangalan ng Grupo/Employer: _____ Petsa ng Pagkabisa: _____ Numero ng Telepono ng Insurance sa Kalusugan: _____	☐Oo ☐Hindi
3.	Kwalipikado ba ang pasyente para sa isang programa ng medikal na tulong ng estado? **Kung oo, mangyaring ibigay ang sumusunod na impormasyon:** Pangalan ng programa: _____ County: _____ Numero ng Pagkakakilanlan ng Pasyente: _____	☐Oo ☐Hindi

(ipagpapatuloy sa susunod na pahina)

4. IBA PANG MGA TANONG SA SAKLAW | Patungkol sa pasyente ang lahat ng sagot *(ipagpapatuloy)*

		I-tsek ang naaangkop na sagot
4.	Ginagamot ba ang pasyente para sa mga pinsala na saklaw ng Kabayaran para sa mga Manggagawa? **Kung oo, mangyaring ibigay ang sumusunod na impormasyon:** Pangalan ng Carrier ng Work Comp: _____ Pangalan ng mga Tagapagsaayos: _____ Numero ng Telepono ng Tagapagsaayos: _____ Petsa ng Pinsala: _____ Numero ng Claim/Kaso: _____	☐Oo ☐Hindi
5.	Ginagamot ba ang pasyente para sa mga pinsala na saklaw ng Pananagutan ng Ikatlong Partido tulad ng Kumpanya ng Insurance ng Sasakyan? **Kung oo, mangyaring ibigay ang sumusunod na impormasyon:** Pangalan ng Insurance ng Sasakyan o Abogado: _____ Numero ng Telepono ng Insurance ng Sasakyan o Abogado: _____ Petsa ng Pinsala: _____ Numero ng Claim/Kaso: _____	☐Oo ☐Hindi
6.	Biktima ba ng Krimen ang pasyente? **Kung oo, mangyaring ibigay ang sumusunod na impormasyon:** Petsa ng pinsala? _____ Pangalan ng Tumutulong sa Kaso: _____ Numero ng Telepono ng Tumutulong sa Kaso: _____ Numero ng Kaso: _____	☐Oo ☐Hindi

5. IMPORMASYON NG KITA

Mga Pinagmumulan ng Buwanang Kita	Aplikante	Kasamang Aplikante	Pinagsamang Buwanang Kita (Aplikante + Kasamang Aplikante)
Kita sa Pagtatrabaho	$	$	$
Social Security	$	$	$
Kapansanan	$	$	$
Kawalan ng Trabaho	$	$	$
Suporta sa Asawa/Bata	$	$	$
Renta sa Ari-arian	$	$	$
Kita sa Pamumuhunan	$	$	$
Gamitin ang espasyong ito para sa iba pa	$	$	$
		Kabuuang Pinagsamang Buwanang Kita	$

NG MEDIKAL NA REKORD SA APLIKASYON SA PINANSYAL NA TULONG NG SMCH _____

6. KUNG WALA KANG BUWANANG KITA, MANGYARING IPALIWANAG KUNG PAANO MO PINAPANGASIWAAN ANG IYONG BUWANANG GASTUSIN.

Gumamit ng karagdagang mga pahina kung kinakailangan

7. LAGDA

Pinatutunayan ko na wasto at kumpleto ang lahat ng impormasyon at sa pamamagitan nito ay pinahihintulutan ang Stanford Medicine Children's Health na humiling at/o patunayan ang alinman sa impormasyon sa itaas bilang itinuturing na kinakailangan.

Aplikante	Petsa	Kasamang Aplikante	Petsa

Ibalik ang nakumpletong aplikasyon sa:

Stanford Medicine Children's Health
Bigyang-pansin: Patient Financial Assistance
4700 Bohannon Dr, Menlo Park, CA 94025

O mag-email sa:

PFA@stanfordchildrens.org

O i-fax sa:

Fax: (650) 497-8610

043812|P003678|0125

NG MEDIKAL NA REKORD SA APLIKASYON SA PINANSYAL NA TULONG NG SMCH _____