



Form ng Aplikasyon sa Pangkawanggawang Pangangalaga/Tulong Pinansyal -

Mangyaring kumpletuhin ang lahat ng impormasyon. Kung hindi ito nalalapat, isulat ang "NA".

IMPORMASYON SA PAG-SCREEN			
Nag-apply ba ang pasyente para sa Medicaid/Medi-Cal? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi			
Nakakakuha ba ang pasyente ng mga pampublikong serbisyo ng estado tulad ng TANF, CalFresh, o WIC? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi			
Kasalukuyan bang walang tirahan ang pasyente? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi			
Nauugnay ba sa aksidente sa sasakyan ang pangangailangan ng pasyente sa medikal na pangangalaga? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi			
MANGYARING TANDAAN			
<ul style="list-style-type: none"> • Hindi namin magagarantiya na makakakuha ka ng tulong pinansyal, kahit na mag-apply ka. • Kapag ipinadala mo na ang iyong aplikasyon, maaari kaming humingi ng karagdagang impormasyon o katibayan ng kita. • Sa loob ng 30 araw ng kalendaryo pagkatapos naming makuha ang iyong nakumpletong form at mga dokumento, ipapaalam namin sa iyo sa pamamagitan ng sulat kung maaari kang makakuha ng tulong at ang antas ng tulong. 			
IMPORMASYON NG PASYENTE AT APLIKANTE			
Pangalan ng Pasyente	Gitnang Pangalan ng Pasyente	Apelyido ng Pasyente	
Kasarian ng Pasyente Babae <input type="checkbox"/> Lalaki <input type="checkbox"/> Iba pa (opsyonal) <input type="checkbox"/>	Petsa ng Kapanganakan	Numero ng Social Security ng Pasyente (opsyonal)	
Petsa ng Serbisyo	(Mga) Numero ng Account		
Taong Kailangang Magbayad ng Bill	Kaugnayan sa Pasyente	Petsa ng Kapanganakan	(Mga) Pangunahing numero sa Pakikipag-ugnayan
Address ng Tirahan o Address sa Pag-mail	Gustong Paraan ng Pakikipag-ugnayan: Telepono <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> Mail <input type="checkbox"/>	Email Address	
Katayuan sa Pagtatrabaho ng Taong Kailangang Magbayad ng Bill <input type="checkbox"/> May Trabaho (petsa ng pag-hire): _____ <input type="checkbox"/> Walang Trabaho (gaano katagal?): _____ <input type="checkbox"/> Self-Employed <input type="checkbox"/> Estudyante <input type="checkbox"/> May Kapansanan <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Iba pa (kung iba, mangyaring ipaliwanag): _____			

IMPORMASYON TUNGKOL SA PAMILYA

Ilista ang mga miyembro ng pamilya sa iyong sambahayan, pati na ang iyong sarili. Ang "pamilya" ay sinumang magkasamang naninirahan na may kaugnayan sa pamamagitan ng kapanganakan, pag-aasawa, o pag-aampon.

Kabuuang Bilang ng Mga Miyembro ng Pamilya _____

Pangalan ng Bawat Miyembro ng Pamilya na Naninirahan sa Sambahayan	Edad	Dependant ng Taong kailangang magbayad ng mga bill (bilugan ang tamang sagot)	Kabuuang Kita kung mas matanda sa 18 taong gulang
		Oo Hindi	
		Oo Hindi	
		Oo Hindi	
		Oo Hindi	
		Oo Hindi	
		Oo Hindi	

KABUUANG KITA PARA SA MGA NASA HUSTONG GULANG SA SAMBAHAYAN

Kabuuang bilang ng mga dependant para sa (mga) taong kailangang magbayad ng mga bill	Kabuuang Kita para sa mga miyembro ng pamilya na nasa hustong gulang	<p align="center">Kailangan mong ihayag ang kita ng lahat ng miyembro ng pamilya na nasa hustong gulang. Kabilang sa mga pinagkukunan ng kita ang, ngunit hindi limitado sa, sahod, kawalan ng trabaho, pagiging self-employed, at suporta sa bata.</p>
	\$	

KABUUANG KITA PARA SA MGA NASA HUSTONG GULANG SA SAMBAHAYAN

TANDAAN: Kailangan mo kaming bigyan ng patunay ng kita kasama ng aplikasyon mo.

Kailangan namin ng patunay ng kita para matukoy ang tulong pinansyal.

Dapat ipaalam sa amin ng lahat ng miyembro ng pamilya na 18 taong gulang o mas matanda kung magkano ang kanilang kita. Kung hindi ka makapagbigay ng patunay, maaari kang sumulat at lumagda ng isang pahayag tungkol sa iyong kita at ipadala ito sa amin.

Kabilang sa mga halimbawa ng patunay ng kita ang, pero hindi limitado sa, mga sumusunod:

- Isang “W-2” na pahayag ng pag-withhold
- Mga kasalukuyang pay stub (minimum na 3 buwan)
- Ulat ng buwis sa kita noong nakaraang taon, kasama ang mga iskedyl kung naaangkop
- Mga nakasulat at nilagdaang pahayag mula sa mga employer o iba pa
- Sulat ng pag-apruba/pagtanggi sa pagiging kwalipikado para sa Medicaid at/o tulong medikal na pinopondohan ng estado
- Sulat ng pag-apruba/pagtanggi sa pagiging kwalipikado para sa mga pagbabayad para sa kawalan ng trabaho

Kung wala kang patunay ng kita o wala kang kita, mangyaring maglakip ng isang pahina na nagpapaliwanag kung bakit.

IMPORMASYON SA GASTUSIN

Ginagamit namin ang impormasyong ito para magkaroon ng kumpletong ideya tungkol sa iyong pinansyal na sitwasyon.

Buwanang Gastusin sa:

Upa/Mortgage: \$	Mga Gastusing Medikal: \$
Mga Premium ng Insurance: \$	Mga Utilidad: \$
Iba pang Utang/Gastusin: \$	(suporta sa bata, mga loan, gamot, iba pa)

IBA PANG IMPORMASYON

Mangyaring maglakip ng isa pang pahina kung may karagdagang impormasyon tungkol sa iyong kasalukuyang pinansyal na sitwasyon na gusto mong malaman namin. Maaaring ito ay kahirapan sa pananalapi, napakaraming medikal na gastusin, pana-panahon o pansamantalang kita, o personal na pagkalugi.

KASUNDUAN SA PASYENTE

Kinukumpirma kong totoo at tama ang impormasyon sa itaas sa abot ng aking kaalaman. Nauunawaan ko na kung mali ang ibibigay kong pinansyal na impormasyon, maaaring hindi ako makatanggap ng tulong pinansyal. Maaaring kailangan ko ring bayaran ang anumang serbisyong makukuha ko.

Lagda ng Taong Nag-a-apply

Petsa

Para sa mga tanong, mangyaring tumawag sa (800) 404-6627
Hindi makakatulong ang mga kawani ng Children's Hospital Los Angeles sa pagkumpleto ng Aplikasyon sa Tulong Pinansyal. Gayunpaman, maaari kang makakuha ng tulong sa aplikasyon mula sa Health Consumer Center ng Los Angeles. Maaari mo silang bisitahin sa 13327 Van Nuys Boulevard, Pacoima, California, 91331. O kaya, maaari mo silang tawagan sa (800) 896-3203.

Ibalik ang Nakumpletong Form sa pamamagitan ng Mail sa:

Patient Business Services, Mailstop 26
Children's Hospital Los Angeles
4650 Sunset Boulevard
Los Angeles, California 90027

O

Ibalik ang Nakumpletong Aplikasyon sa pamamagitan ng Email sa:

PBSHospitalBillingCustomerService@chla.usc.edu