

Mahal na Pasyente/Tagapanagot:

Humihiling ka ng isang libreng pagsusuri o pangangalagang may diskwento sa ilalim ng programang tulong na pinansyal ng Copley Memorial Hospital para sa iyong (mga) bayarin sa ospital. Ibabatay ang pagsasaalang-alang para sa tulong sa iyong katayuan sa pananalapi na inihahambing sa Mga Patnubay ng Kita ayon sa itinakda ng US Department of Health and Human Services, na taunang inilalathala sa Federal Register.

Mahalaga: MAAARI KANG MAKATANGGAP NG LIBRE O MAY DISKWENTONG PANGANGALAGA: Makakatulong ang pagkumpleto sa aplikasyong ito sa Copley Memorial Hospital na matukoy kung makakatanggap ka ng libre o may diskwentong mga serbisyo o ibang pampublikong programa na makakatulong na bayaran ang iyong pangangalagang pangkalusugan. Pakipasa ang aplikasyong ito sa ospital.

KUNG HINDI KA NAKASEGURO, HINDI KAILANGAN ANG NUMERO NG SOCIAL SECURITY UPANG MAGING KWALIPIKADO PARA SA LIBRE O MAY DISKWENTONG PANGANGALAGA. Gayunpaman, kailangan ang Numero ng Social Security para sa ilang pampublikong programa, kabilang ang Medicaid. Hindi kailangan ang pagbibigay ng Numero ng Social Security ngunit makakatulong sa ospital na tukuyin kung ikaw ay kwalipikado para sa anumang pampublikong programa.

Pakitapos ang form na ito at isumite ito sa ospital nang personal, sa pamamagitan ng koreo, sa pamamagitan ng elektronikong mail, o sa pamamagitan ng fax upang mag-apply para sa libre o may diskwentong pangangalaga sa loob ng 60 araw kasunod ng petsa ng paglabas sa ospital o pagtanggap ng pangangalagang outpatient.

Kinikilala ng pasyente na siya ay gumawa ng matapat na pagsisikap upang ibigay ang lahat ng impormasyong hiniling sa aplikasyon upang tulungan ang ospital sa pagtukoy kung ang pasyente ay karapat-dapat para sa tulong na pinansyal.

Ilakip at isumite ang sumusunod na tulong na impormasyon:

- 📄 Pinakabagong mga form ng Income Tax Return ng Pederal at Estado**
- 📄 Dalawang pinakabagong paycheck o stub ng tseke ng kawalan ng trabaho o nakasulat na pahayag ng mga kita mula sa iyong employer para sa nakaraang dalawang (2) buwan**
- 📄 Mga form na nag-aapruba/tumatanggi ng kawalan ng trabaho, kabayaran o tulong sa manggagawa mula sa Department of Public Aid**
- 📄 Statement ng buwanang benepisyo para sa Social Security o pagtanggap ng mga benepisyo mula sa Social Security**
- 📄 Mga statement ng mga Checking at Savings account mula sa nakaraang dalawang (2) buwan.**

Dapat maubos ang lahat ng iba pang mapagkukunan ng pagbabayad bago maaaring isaalang-alang ang tulong na pinansyal. Kabilang sa mga halimbawa ng iba pang mapagkukunan ng pagbabayad ang: lahat ng medikal na insurance, mga tagapagbayad na ikatlong partido at mga claim ng pananagutan, kabayaran ng manggagawa o iba pang pampublikong programa.

Kung hindi mo maibigay ang alinman sa hiniling na impormasyon, pakilakip ang isang NAKA-NOTARYONG sulat na nagpapaliwanag ng mga detalye. Kung kasalukuyan kang walang trabaho, mangyaring isama ang petsa na umalis ka sa trabaho, bakit ka umalis, at ang petsa na balak mong bumalik sa trabaho.

Kung matugunan mo ang pamantayan sa mapagpalagay na pagiging karapat-dapat na tinukoy sa mga regulasyon o dahil sa iyong kita ng pamilya, hindi mo kailangang magbigay ng impormasyon ng buwanang gastusin o mga numero ng tinatayang gastusin.

Kung kailangan mo ng tulong o para sa karagdagang impormasyon, mangyaring makipag-ugnayan sa Patient Financial Services Department ng Copley Memorial Hospital sa 630-978-4990 sa karaniwang oras ng opisina ng negosyo na 8:00 am hanggang 5:00 pm, Lunes hanggang Biyernes.

APLIKASYON SA TULONG NA PINANSYAL:

KINAKAILANGAN: ❶ Pinakabagong Mga Form ng Income Tax ng Pederal at Estado, ❷ Dalawang pinakabagong paycheck/stub ng tseke ng kawalan ng trabaho o isang nakasulat na pahayag ng mga kita mula sa iyong employer mula sa nakaraang dalawang (2) buwan, ❸ Mga form na nag-aaprubo o tumatanggi sa kawalan ng trabaho, kabayaran o tulong sa manggagawa mula sa Department of Public Aid, ❹ Pahayag ng mga buwanang benepisyo mula sa Social Security at ❺ Mga Resibo ng Dalawang Buwang Renta/Sangla ❻ mga statement ng mga Checking at Savings account mula sa nakaraang dalawang (2) buwan.

Pangalan ng Aplikante (Apelyido, Pangalan, Inisyal)

Petsa ng Kapanganakan ng Aplikante	Numero ng Social Security ng Aplikante	Numero ng Telepono sa Bahay ng Aplikante
------------------------------------	--	--

Tirahan (Isama ang parehong Address ng Kalye at Address sa Koreo)

Lungsod	Estado	Zip Code
---------	--------	----------

Lugar ng Trabaho ng Aplikante	Numero ng Telepono sa Trabaho ng Aplikante
-------------------------------	--

Address ng Employer (Address sa Koreo, Lungsod, Estado, Zip)

Kabuuang Buwanang Sahod	Residente sa Illinois	E-Mail Address
-------------------------	-----------------------	----------------

Pangalan ng Asawa (Apelyido, Pangalan, Inisyal)

Petsa ng Kapanganakan ng Asawa	Numero ng Social Security ng Asawa	Numero ng Telepono sa Bahay ng Asawa
--------------------------------	------------------------------------	--------------------------------------

Tirahan (Isama ang parehong Address ng Kalye at Address sa Koreo)

Lungsod	Estado	Zip Code
---------	--------	----------

Lugar ng Trabaho ng Asawa	Numero ng Telepono sa Trabaho ng Asawa
---------------------------	--

Address ng Employer (Address sa Koreo, Lungsod, Estado, Zip)

Kabuuang Buwanang Sahod	Residente sa Illinois	E-Mail Address
-------------------------	-----------------------	----------------

MGA DEPENDENT (Ayon sa tinutukoy ng Mga Patnubay ng United States Internal Revenue Service)

PANGALAN	EDAD	KAUGNAYAN
----------	------	-----------

1

2

3

4

IBA PANG MAPAGKUKUNAN NG KITA

	Sarili Mo/Buwanan	Asawa/Buwanan
Mga Benepisyo ng Social Security		
Mga Pensyon/Kita sa Kapansanan		
Sustento /Suporta sa Anak		
Kabayaran ng Manggagawa		
Mga Benepisyo ng Kawalan ng Trabaho		
Kita sa Renta		

MGA ARI-ARIAN

Real Estate	Lokasyon: _____ Pag-aari: Oo o Hindi Inuupahan: Oo o Hindi Halaga sa Merkado ng Ari-arian: \$ _____ Halagang Utang sa Ari-arian: \$ _____	
Checking Acct	Pangalan at Address ng Bangko: _____ Numero ng Account: _____ Kasalukuyang Balanse: \$ _____	
Savings Acct	Pangalan at Address ng Bangko: _____ Numero ng Account: _____ Kasalukuyang Balanse: \$ _____	
Mga Sertipiko ng Deposito	Pangalan at Address ng Bangko: _____ Halaga ng CD: \$ _____ Petsa ng Kapanahunan: _____	
Mga Stock	Halaga: _____	
Mga Mutual Fund/Bond	Halaga: _____	
Mga Inimpok para sa Kalusugan/Kakayahang Umangkop sa Paggasta	Pangalan at Address ng Kompanya: _____ Numero ng Policy: _____ Magagamit na Halaga ng Cash: \$ _____	

BUWANANG GASTUSIN

Upa o Bayad sa Bahay	\$ _____	Palingkurang-bayan: Ilaw, Init, at Tubig	\$ _____
Pagkain	\$ _____	Transportasyon	\$ _____
Pangangalaga sa Anak	\$ _____	Mga Utang	\$ _____
Mga Gastusing Medikal	\$ _____		\$ _____
		KABUUAN	\$ _____

IBA PANG UTANG (Mga Credit Card, Medikal, Edukasyon)

Pangalan at Address ng Pinagkakautangan	Ano ang Binili	Halaga ng Ginastusan	Hindi Bayad na Balanse	Buwanang Bayad
1		\$ _____	\$ _____	\$ _____
2		\$ _____	\$ _____	\$ _____
3		\$ _____	\$ _____	\$ _____
4		\$ _____	\$ _____	\$ _____
5		\$ _____	\$ _____	\$ _____
			KABUUAN	\$ _____

Pinatutunayan ko na ang impormasyon sa aplikasyong ito ay totoo at tama sa abot ng aking kaalaman. Mag-a-apply ako para sa anumang tulong ng estado, pederal, o lokal na kung saan ay maaari akong maging karapat-dapat upang makatulong na makabayad para sa bayarin sa ospital na ito. Nauunawaan ko na ang impormasyong ibinigay ay maaaring beripikahin ng ospital, at pinahihintulutan ko ang ospital na makipag-ugnayan sa mga ikatlong partido upang beripikahin ang katumpakan ng impormasyong ibinigay sa aplikasyong ito. Nauunawaan ko na kung sadya kong magbigay ng hindi totoong impormasyon sa aplikasyong ito, magiging hindi ako karapat-dapat para sa tulong na pinansyal, maaaring baligtarin ang anumang tulong na pinansyal na ipinagkaloob sa akin, at magiging responsible ako para sa buong pagbabayad ng bayarin sa ospital.

Lagda ng Aplikante: _____ Petsa: _____

Lagda ng Asawa: _____ Petsa: _____