



Rush Copley Medical Center  
2000 Ogden Avenue, Aurora, IL 60504

*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 makatatanggap 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.*

**INTERPRETER ATTESTATION:** Interpretation has been provided by \_\_\_\_\_  Phone  
ADM-0037T.rev5/2021 1 of 3 Tagalog – Financial Assistance Application

**RUSH-COPLEY MEDICAL CENTER, APLIKASYON SA TULONG NA PINANSYAL:**

**KINAKAILANGAN:** (1) Pinakabagong Mga Form ng Income Tax ng Pederal at Estado, 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, Mga form na nag-aaprubo o tumatangi sa kawalan ng trabaho, kabayaran o tulong sa manggagawa mula sa Department of Public Aid, Pahayag ng mga buwanang benepisyo mula sa Social Security at Mga Resibo ng Dalawang Buwang Renta/Sangla 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:**

**Adres e-mail :**

**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

**INTERPRETER ATTESTATION:** Interpretation has been provided by \_\_\_\_\_  Phone

