



## Rush Copley Medical Center

*Minamahal na Pasyente/Tagapanagot:*

*Humihiling ka ng isang pagsusuri para sa libre o may diskwentong pangangalaga sa ilalim ng programang Tulong Pinansyal/Kawangawang Pangangalaga (Financial Assistance/Charity Care) ng Rush Copley Medical Center para sa iyong (mga) bayarin sa ospital. Ibatatay ang pagsasaalang-alang para sa tulong sa iyong katayuan sa pananalapi na inihahambing sa Mga Patnubay sa Kita ayon sa itinakda ng Departamento ng Mga Serbisyon Pangkalusugan at Pantao ng Estados Unidos (US Department of Health and Human Services), na taunang inilalathala sa Pederal na Talaan.*

*Mahalaga: MAAARI KANG MAKATANGGAP NG LIBRE O MAY DISKWENTONG PANGANGALAGA: Makakatulong ang pagkumpleto sa aplikasyong ito sa Rush Copley Medical Center na matukoy kung makakatanggap ka ng mga libre o may diskwentong serbisyo o ibang pampublikong programa na makakatulong sa pagbabayad ng iyong pangangalagang pangkalusugan. Pakisumite ang aplikasyong ito sa ospital.*

*KUNG WALA KANG INSURANCE, 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 ito sa ospital na tukuyin kung ikaw ay kwalipikado para sa anumang pampublikong programa.*

*Pakisagutan ang form na ito at isumite ito sa ospital nang personal, sa pamamagitan ng mail, sa pamamagitan ng elektronikong mail (e-mail), o sa pamamagitan ng fax upang mag-apply para sa libre o may diskwentong pangangalaga sa loob ng 240 araw kasunod ng petsa ng paglabas sa ospital o pagtanggap ng pangangalagang pang-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 kwalipikado para sa tulong pinansyal.*

*Ilakip at isumite ang sumusunod na tulong na impormasyon:*

- 📄 Mga pinakabagong form ng Pederal at Pang-estadong Income Tax Return**
- 📄 Dalawang pinakabagong paycheck o stub ng tseke para sa kawalan ng trabaho o isang nakasulat na pahayag ng mga kita mula sa iyong employer para sa nakaraang dalawang (2) buwan**
- 📄 Mga form na nagpapatunay/tumatangi ng kawalan ng trabaho, kabayaran o tulong sa manggagawa mula sa Departamento ng Tulong Pampubliko (Department of Public Aid)**
- 📄 Pahayag ng mga buwanang benepisyo mula sa Social Security or pagtanggap ng mga benepisyo mula sa Social Security**
- 📄 Mga pahayag ng mga Checking at Savings na account mula sa nakaraang dalawang (2) buwan.**

*Dapat maubos ang lahat ng iba pang mapagkukunan ng pagbabayad bago maisaalang-alang ang tulong 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 sa manggagawa o iba pang pampublikong programa.*

*Kung hindi mo maibigay ang alinman sa hiniling na impormasyon, pakilakip ang isang NAPANOTARYONG 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 mga pamantayan sa ipinagpapalagay na pagiging kwalipikado na tinukoy sa mga regulasyon o dahil sa kita ng iyong pamilya, hindi mo kailangang magbigay ng impormasyon sa buwanang gastusin o mga numero ng tinatayang gastusin.*

*Kung kailangan mo ng tulong o para sa higit pang impormasyon, mangyaring makipag-ugnayan sa Departamento ng Mga Serbisyo sa Pananalapi ng Pasyente (Patient Financial Services Department) ng Rush Copley Medical Center sa 630-978-4990 sa mga karaniwang oras ng tanggapan ng negosyo na 8:00 am hanggang 5:00 pm, Lunes hanggang Biyernes.*

**APLIKASYON SA TULONG PINANSYAL:**

**KINAKAILANGAN:** ❶ Mga pinakabagong form ng Pederal at Pang-estadong Income Tax, ❷ Dalawang pinakabagong paycheck/stub ng tseke para sa kawalan ng trabaho or isang nakasulat na pahayag ng mga kita mula sa iyong employer mula sa nakaraang dalawang (2) buwan, ❸ Mga form na nagpapatunay o tumatangi sa kawalan ng trabaho, kabayaran o tulong sa manggagawa mula sa Departamento ng Tulong Pampubliko (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 Pahayag ng Checking at Savings na account mula sa nakaraang dalawang (2) buwan. Ang mga opsyonal na tugon o kawalan ng tugon ay hindi makakaapekto sa kalalabasan ng aplikasyon.

**Pangalan ng Aplikante (Apelyido, Pangalan, Inisyal)**

**Petsa ng Kapanganakan ng Aplikante**

**Numero ng Social Security ng Aplikante**

**Numero ng Telepono sa Bahay ng Aplikante**

**Address ng Tirahan (Isama ang parehong Address ng Kalye at Address sa Mail)**

**Lungsod**

**Estado**

**Zip Code**

**Lugar ng Trabaho ng Aplikante**

**Numero ng Telepono sa Trabaho ng Aplikante**

**Lahi (Opsyonal)**

**Etnisidad (Opsyonal)**

**Kasarian (Opsyonal)**

**Pinipiling Wika(Opsyonal)**

**Kabuuang Buwanang Sahod**

**Residente ng 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**

**Address ng Tirahan (Isama ang parehong Address ng Kalye at Address sa Mail)**

**Lungsod**

**Estado**

**Zip Code**

**Lugar ng Trabaho ng Asawa**

**Numero ng Telepono sa Trabaho ng Asawa**

**Address ng Employer (Address sa Mail, Lungsod, Estado, Zip)**

**Kabuuang Buwanang Sahod**

**Residente ng Illinois**

**E-Mail Address**

**MGA DEPENDENT (Ayon sa tinutukoy ng Mga Patnubay ng Mga Serbisyo sa Panloob na Kita ng Estados Unidos (United States Internal Revenue Services))**

**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 Bata		
Kabayaran sa Manggagawa		
Mga Benepisyo sa Kawalan ng Trabaho		
Kita sa Upa		

**MGA ARI-ARIAN**

Real Estate	Lokasyon: Pag-aari: Oo o Hindi <span style="float:right">Inuupahan: Oo o Hindi</span> 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/ Naiaangkop na Paggastos	Pangalan at Address ng Kompanya: _____ Numero ng Policy: _____ Magagamit na Halaga ng Cash: \$ _____	

**BUWANANG GASTUSIN**

Upa o Bayad sa Bahay	\$	Mga Utilidad: Ilaw, Init, at Tubig	\$
Pagkain	\$	Transportasyon	\$
Pangangalaga sa Bata	\$	Mga Utang	\$
Mga Gastusing Medikal	\$		\$
		<b>KABUUAN</b>	\$

**IBA PANG KAUTANGAN (Mga Credit Card, Medikal, Pang-edukasyon)**

Pangalan at Address ng Pinagkakautangan	Ano ang Binili	Halagang Pinondohan	Hindi Bayad na Balanse	Buwanang Bayad
1		\$	\$	\$
2		\$	\$	\$
3		\$	\$	\$
4		\$	\$	\$
5		\$	\$	\$
			<b>KABUUAN</b>	\$

*Pinatutunayan ko na ang impormasyon sa aplikasyong ito ay totoo at tama sa abot ng aking kaalaman. Mag-a-apply ako para sa anumang pang-estado, pederal, o lokal na tulong kung saan maaari akong maging kwalipikado upang makatulong sa pagbabayad ng 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 para beripikahin ang katumpakan ng impormasyong ibinigay sa aplikasyong ito. Nauunawaan ko na kung sinadya kong magbigay ng hindi totooong impormasyon sa aplikasyong ito, magiging hindi ako kwalipikado para sa tulong pinansyal, maaaring bawiin ang anumang tulong pinansyal na ipinagkaloob sa akin, at magiging responsable ako para sa buong pagbabayad ng bayarin sa ospital. Ang mga reklamo o alalahanin sa proseso ng aplikasyon ng diskwento sa pasyente na walang insurance o proseso ng tulong pinansyal sa ospital ay maaaring iulat sa Health Care Bureau ng Illinois Attorney General sa kanilang website: <https://illinoisattorneygeneral.gov/consumers/hcform.pdf>.*

Lagda ng Aplikante: \_\_\_\_\_ Petsa: \_\_\_\_\_

Lagda ng Asawa: \_\_\_\_\_ Petsa: \_\_\_\_\_