



Petsa: _____

Mangyaring basahin nang maingat bago kumpletuhin ang proseso ng aplikasyon. Ang Sharp HealthCare ay nag-aalok ng pinansiyal na tulong, bawas na pangangalaga o kawanggawang pangangalaga sa mga kwalipikadong pasyente (mababa-ang-kita na hindi nakaseguro na mga pasyente at mababa-ang-kita na nakaseguro na mga pasyente na may mataas na medikal na gastos na nakakatugon sa tiyak na pamantayan). Ang mga sumusunod na mga kwalipikasyon ay dapat matugunan: ang mga serbisyo ay dapat na medikal na kailangan, kabuoang mga antas ng kita ay dapat na nasa o mas mababa sa 200% ng Federal Poverty Guidelines para sa pinansiyal na tulong, o sa pagitan ng 201% - 400% para sa bahagi na pinansiyal na tulong/bawas na pag-aalaga. Lahat ng naaangkop na mga pinagkukunan ng pondo ay dapat na nakasunod sa at ang pagpapasiya na ginawa batay sa buong kooperasyon. Kasama sa mga pagpipilian ng pondo ang County Medical Services (CMS), Medi-Cal, California Victim Compensation Program, atbp. Ang mga aplikasyon na tinanggihan dahil sa kakulangan ng kooperasyon ay hindi isasaalang-alang para sa pinansiyal na tulong. Ang aplikante ay dapat kumpletuhin at ibalik ang nakalakip na Financial Assistance Application kasama ang lahat ng mga pangsuporta na mga dokumento na nakalista sa ibaba sa loob ng 10-araw ng pagkatanggap. Ang pinansiyal na tulong ay makukuha din mula sa mga doktor sa emergency room at ibang mga tagapagtustos (na may hiwalay na kuwenta). Mangyaring makipag-ugnay sa kuwentahang tanggapan ng mga manggagamot para sa impormasyon sa kanilang mga programang pinansiyal na tulong sa numero na nakalista sa kanilang ulat ng kuwenta.

Kasama ng pangsuporta na mga dokumento ang (Mangyaring magpadala ng orihinal na kopya ng mga dokumento, bilang hindi ibabalik ang mga ito.):

- Pagberipika ng kita sa tatlong buwan (lahat ng mga form ay kinakailangan):
 - ~ Lahat ng mga bank statement sa huling tatlong (3) buwan
 - ~ Mga pay-stub o iba pang patunay ng kita sa huling tatlong (3) buwan
 - ~ Pag-file ng income tax return sa pinakahuling taon (hal: 1040 form)
- Kung naaangkop, isama ang kopya ng sulat ng pagtanggap mula sa programa ng pinansiyal na tulong sa probinsiya o estado, tulad ng CMS, o Medi-Cal.
- Mga kopya ng lahat ng taunang kuwenta ng medikal na binayaran mula-sa-bulsa ng pasyente o pamilya ng pasyente sa naunang 12 na buwan.

Ang Sharp HealthCare o mga ahente nito ay maaaring humiling ng karagdagang impormasyon upang suportahan ang iyong aplikasyon at pagiging karapat-dapat para sa pinansiyal na tulong. Ang lahat ng impormasyon ay maaaring sumailalim sa pagberipika, kabilang ang, pero hindi limitado sa pakikipag-ugnay sa iyong maypagawa, bangko, pagberipika ng pagkakautang, at paghahanap ng ari-arian sa loob at labas ng Estados Unidos.

Abisuhan ka namin ng mga resulta sa pamamagitan ng sulat sa loob ng 30 - 60 araw ng pagkatanggap. Hanggang sa magawa ang pinansiyal na pagpapasiya, ang iyong mga pagbisita ay mananatili sa Sharp HealthCare. Kung mayroon kang anumang mga katanungan ukol sa Financial Assistance Application, mangyaring makipag-ugnay sa amin online sa <http://www.sharp.com/billing>, o tumawag Lunes hanggang Biyernes sa pagitan ng 8:00 a.m. – 5:15 p.m. (PST) sa (858) 499-2400.

Mga Tao sa Yunit ng Pamilya	Patnubay sa Kahirapan ng Department of Health and Human Services 2020 (200%)	400% ng Pederal na Patnubay sa Kahirapan (Federal Poverty Guidelines)
1	\$25,520.00 Taunang kabuoang kita o \$2,127.00/buwan	\$51,040/taon o \$4,253.00/buwan
2	\$34,480.00/taon o \$2,873.00/buwan	\$68,960.00/taon o \$5,747.00/buwan
3	\$43,440.00/taon o \$3,620.00/buwan	\$86,880.00/taon o \$7,240.00/buwan
4	\$52,400.00/taon o \$4,367.00/buwan	\$104,800.00/taon o \$8,733.00/buwan
5	\$61,360.00/taon o \$5,113.00/buwan	\$122,720.00/taon o \$10,227.00/buwan
Bawat Karagdagang Tao	\$8,960.00/taon	\$17,920.00/taon

Para sa karagdagang impormasyon ukol sa Federal Poverty Guidelines, Medi-Cal, Covered California, o CMS bumisita sa:

Federal Poverty Guidelines - <https://www.federalregister.gov>

Medi-Cal - <http://www.dhcs.ca.gov/Pages/default.aspx>

Covered California - <https://www.coveredca.com>

CMS - www.sdcounty.ca.gov/hhsa/programs/spp/county_medical_services



APLIKASYON SA PINANSIYAL NA TULONG

IBALIK SA:

Sharp HealthCare

8695 Spectrum Center Blvd.

San Diego, CA 92123

Pribadong Yunit ng Bayaran/PFS-ICD

Numero ng (mga) Pagbisita

Kabuonan \$ _____

Pinapahintulutan ng form na ito ang paggamit ng pagsisiwalat ng protektadong impormasyon ng kalusugan sa paraang inilarawan sa ibaba at boluntaryo. Hindi maaaring magbawas ng paggamot ang Sharp HealthCare mula sa iyo dahil lamang sa iyong pagtangga na kumpletuhin ang form na ito. Ang pagkumpleto sa form na ito ay hindi garantiya na ikaw ay karapat-dapat para sa o makatanggap ka ng pinansiyal na tulong.

Gaya ng itinatadhana ng pederal na batas, pinahihintulutan ko ang mga empleyado o mga ahente ng Sharp HealthCare na gamitin o ibunyag ang impormasyon na ibinigay sa pamamagitan ko sa o sa form na ito upang matukoy kung ako ay karapat-dapat para sa pinansiyal na tulong o kung ang ospital ay karapat-dapat para sa pinansiyal na tulong upang masakop ang ilan o lahat ng mga gastos ng aking pag-aalaga. Naiintindihan ko na kailangang mapunan ng ganap ang form. At higit kung nauunawaan na maaring ako'y mananatiling mananagot para sa aking kuwenta sa ospital, kung o hindi ako tumanggap ng tulong, maliban kung ako ay karapat-dapat para sa Pinansiyal na Tulong. Ang impormasyon na ibibigay ko sa form na ito ay maaari lamang inilabas kung kinakailangan sa:

- 1) Mga kumpanya ng gamot na maaring mag-aalok sa ospital ng libre o murang kapalit na panggamot batay sa aking pinansiyal na katayuan.
- 2) Ibang mga tiyak na kawanggawa, negosyo o institusyon ng pamahalaan na maaaring mag-alok ng may kaugnayan sa kalusugan na pinansiyal na mga programa ng tulong.

I. Impormasyon ng Pasyente (mangyaring iprinta)

Pangalan _____

Social Security # _____

Address _____

Petsa ng Kapanganakan _____

Lungsod, Estado, Zip _____

Tahanan # _____

Maypagawa _____

Trabaho # _____

Okupasyon _____

Ipinahayag ba na permanenteng baldado ang pasyente?

Oo

Hindi

II. Impormasyon ng Asawa (o Magulang kung ang Pasyente ay kulang ng 18 taong gulang)

Pangalan _____

Social Security # _____

Address _____

Petsa ng Kapanganakan _____

Lungsod, Estado, Zip _____

Tahanan # _____

Maypagawa _____

Trabaho# _____

Okupasyon _____

III. Ibang Magulang (kung ang Pasyente ay kulang ng 18 taong gulang)

Pangalan _____

Social Security # _____

Address _____

Petsa ng Kapanganakan _____

Lungsod, Estado, Zip _____

Tahanan # _____

Maypagawa _____

Trabaho # _____

Okupasyon _____

IV. Itala lahat ng mga Tao na Nakatira sa Tahanan ng Pasyente (o Tahanan ng Magulang kung ang Pasyente ay Kulang ng 18 taong gulang)

PANGALAN	KAUGNAYAN	EDAD

V. Buwanang Kita

Sahod ng Pasyente * _____
 Sahod ng Asawa * _____
 Sahod ng Magulang * _____
 (Kung kulang ng 18 taon ang pasyente)
 Social Security * _____
 Hindi-ipinagpaliban na Pensiyon* _____
 Kapansanan * _____
 Kawalan ng trabaho * _____
 Sustento/Suporta sa Bata **** _____
 Tubo * _____
 Upa _____
 Iba _____
KABUOAN _____

VI. Mahalagang Gastos sa Pamumuhay

Upa/Sangla (bilugan ang isa) _____
 Gastos sa Pagpapanatili _____
 Sustento/Suporta sa Bata *** _____
 Pagkain/Mga gamit _____
 Kagamitan/Telepono _____
 Damit _____
 Medikal/Dental _____
 Seguro _____
 Sasakyan/Paglilipat _____
 Paaralan o Pag-aalaga sa Bata _____
 Paglalagay/Umiinog _____
 Kasalukuyang Medikal na (mga) Pagbabayad: _____

 Gasolina at Pagkukumpuni _____
 Paglalaba/Paglilinis _____
 Iba _____
KABUOAN _____

VII. Mga ari-arian

Cash on Hand _____
 Ari-arian sa Estados Unidos o Ibayong Dagat: _____
 Address _____ Halaga _____ Pagkamakatao _____
 Address _____ Halaga _____ Pagkamakatao _____
 Halaga ng Negosyo _____
 Iba _____
KABUOAN _____

VIII. Ibang Ari-arian

Checking Account #/Institusyon**Bal _____
 Savings Account #/Institusyon**Bal _____
 Sasakyan 1 (Year/Make/Model/Halaga) _____
 Sasakyan 2 (Year/Make/Model/Halaga) _____
 RV/Bangka/Motorsiklo/Motorhome: _____
 (Year/Make/Model/Halaga) _____
KABUOAN _____

* Isama ang pay stubs o iba pang mga patunay ng kita para sa huling tatlong (3) buwan.

** Isama ang huling tatlo (3) na mga bank statement.

*** Isama ang kopya ng lahat ng mga bayad, taunang galing-sa-bulsa na medikal na kuwenta na binayaran ng pasyente o pamilya ng pasyente.

**** Magbigay ng suportang dokumentasyon tulad ng mga kahatulan, kasunduan, prenda, atbp.

- Ipinapahayag ko sa ilalim ng parusa ng pagsisinungaling na ang mga sagot na ibinigay ko ay totoo at tama sa abot ng aking kaalaman.
- Sumasang-ayon ako na sabihin sa mga tagapagtustos ng serbisyo sa loob ng 10-araw kung may anumang mga pagbabago sa kita, ari-arian, mga gastos, sambahayan, o address.
- Nauunawaan ko na maaari akong hilingin upang patunayan ang aking mga pahayag at na ang aking pagiging karapat-dapat ay sasailalim sa beripikasyon kabilang ang, pero hindi limitado sa: pakikipag-ugnay sa aking maypagawa, banko, beripikasyon ng pagkakautang, at paghahanap ng ari-arian sa loob at labas ng Estados Unidos.
- Ako rin ay sumasang-ayon na sa pagsasaalang-alang sa pagtanggap ng mga serbisyong pangangalaga ng kalusugan dahil sa aksidente o pinsala, sumasang-ayon ako na bayaran ang probinsiya, estado, pederal na pamahalaan o ospital mula sa mga nalikom ng anumang paglilitis o kasunduan na nagreresulta sa naturang aksyon.
- Nauunawaan ko na kung hindi ako maging karapat-dapat para sa pinansiyal na tulong, ako ay personal na mananagot para sa mga singil ng mga serbisyong naibigay sa pamamagitan ng Sharp HealthCare. Maari kong iapela ang desisyon sa loob ng 30-araw ng pagtanggap ng mga resulta ng aplikasyon na may karagdagang dokumentasyon sa pamamagitan ng pagsulat o mag-iskedyul ng isang personal na tipanan sa isang tagapamahala ng negosyo, pangulong pinansiyal na pinuno, o iba pang naaangkop na tagapamahala. Upang mag-iskedyul ng tipanan, tumawag sa Customer Service, Lunes hanggang Biyernes, 8:00 a.m.-5:15 p.m. (PST) sa (858) 499-2400. Pagkatapos ng 30-araw ang isang bagong aplikasyon ay maaaring kailanganin upang suriin ang iyong apela.
- Pinapahintulutan ng lumagda sa ibaba ang Sharp HealthCare upang kumuha ng ulat sa pagkakautang na tutulong sa pagtukoy ng pagiging karapat-dapat ng pasyente para sa pinansiyal na tulong. Ito ay nauunawaan na ang impormasyon na ito ay maaaring ibahagi sa mga pangatlong partido tulad ng inilarawan sa form na ito.
- Nauunawaan ko na sa sandaling umalis ang aking impormasyon mula sa Sharp HealthCare, ang Sharp ay hindi na magagawang kontrolin o protektahan ang aking impormasyon nang direkta, at pawalan ko ang Sharp HealthCare mula sa anumang pananagutan na maaaring lumitaw mula sa pag-alis ng aking impormasyon sa mga uri ng mga kumpanya o institusyon na nakalista sa itaas.
- Naiintindihan ko na ang awtorisasyon na ito maaaring bawiin sa pamamagitan ng sulat sa anumang oras, ayon sa mga tagubilin sa Sharp HealthCare Notice of Privacy Practices, maliban sa saklaw ng ginawang aksyon sa pagtitiwala sa awtorisasyon na ito.

Ang awtorisasyon na ito ay magtatapos para sa Aplikasyon ng Pinansiyal na Tulong na ito, 90 araw mula sa petsa ng pagtanggap.

Mga komento _____

Lagda ng Pasyente _____

Petsa _____

Lagda ng Asawa _____

Petsa _____

Magulang/Tagapag-alaga _____

Petsa _____