

Programang Tulong sa Pagbabayad ng Pangangalaga sa New Jersey Hospital
APLIKASYON PARA SA PAGLAHOK
 ANG KATIBAYAN NG PAGKAKAKILANLAN, KATIBAYAN NG KINIKITA, AT KATIBAYAN NG MGA ARI-ARIAN AY
 KAILANGANG ISAMA SA APLIKASYONG ITO. MAGPADALA NG MGA KOPYA NG LAHAT NG HINIHINGING MGA
 DOKUMENTO. HUWAG MAGPADALA NG MGA ORIHINAL NA DOKUMENTO, DAHIL HINDI MAIBABALIK ANG MGA IYON.

BAHAGI I – Personal na Impormasyon

1. PANGALAN NG PASYENTE		SOCIAL SECURITY NA NUMERO
_____ (Apelyido) _____ (Pangalan) _____ (MI)		_____ - _____ - _____
3. PETSANG APLIKASYON	4. UNANG PETSANG SERBISYO	5. KAHILINGANG PETSANG SERBISYO
_____ / _____ / _____ Buwan Araw Taon	_____ / _____ / _____ Buwan Araw Taon	_____ / _____ / _____ Buwan Araw Taon
6. KALYE NA TIRAHAN NG PASYENTE		7. NUMERO NG TELEPONO
_____		(____) _____ - _____
8. LUNGSOD, ESTADO, ZIP CODE		9. LAKI NG PAMILYA *
_____		_____
10. MAMAMAYAN NG U.S.		11. KATIBAYAN NG 3-BUWANG PANINIRAHAN SA ESTADO NG NJ
<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/> Naka-pending na Aplikasyon		<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
12. PANGALAN NG GUMAGARANTIYA (Kung iba sa pasyente)		13. LAMPAS BA SA 65 TAONG GULANG ANG PASYENTE?
_____		<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/> CWF ay Kasama
14. MAY INSURANCE BA ANG PASYENTE? Oo Hindi		

BAHAGI II – Mga Kriterya sa Ari-arian (para sa tanggapan)

15. Mga Indibidwal na Ari-arian: _____
16. Mga Ari-arian ng Pamilya: _____
17. Kasama sa mga Ari-arian:
- A. Cash _____
 - B. Mga Savings Account _____
 - C. Mga Checking Account _____
 - D. Mga Certificate of Deposit / I.R.A. _____
 - E. Equity sa Real Estate (na iba pa sa pangunahing tirahan) _____
 - F. Iba pang Ari-arian (mga Treasury Bill, negotiable paper, mga Corporate stocks at bonds) _____
 - G. Kabuuan \$ 0.00 _____

* Kasama sa laki ng pamilya ang sarili, ang asawa, at sinumang menor de edad na mga anak. Ang buntis ay binibilang na dalawang miyembro ng pamilya.

APLIKASYON PARA LUMAHOK (Pagpapatuloy)

BAHAGI III –Kriterya ng Kinikita

Kapag tinutukoy kung karapat-dapat sa tulong para sa pangangalaga sa ospital, ang kinikita ng asawa at ang mga ari-arian ay dapat gamitin para sa nakatatanda; ang kita ng magulang at mga ari-arian ay dapat gamitin para sa menor de edad na anak.
Dapat isama sa aplikasyong ito ang katibayan ng kinikita.

Ang kinikita ay base sa kalkulasyon ng kinita sa loob ng alinman sa labindalawa, tatlo o isang buwan bago ang petsa ng serbisyo.

Pasyente /Ang Gross na Kinikita ng Pamilya ay katumbas ng mas mababa sa mga sumusunod:

Huling 12 Buwan	o	Huling 3 Buwan X4	o	Huling 1 Buwan X12

18. MGA PINANGGAGALINGAN NG KITA

		Lingguhan	Buwanan	Taunan
A. Suweldo / Suweldo Bago ang mga Ibinawas	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Tulong sa Publiko	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Mga Benepisyo ng Social Security	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Kabayaran ng Walang Trabaho at Manggagawa	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Mga Benepisyo ng Beterano	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Alimonya / Suporta para sa Anak	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. Perang Suporta Nila	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. Mga Pensyon	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. Mga Ibinayad sa Insurance o Annuity	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. Mga Dividendo / Interest	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K. Kita sa Pagpapaupa	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L. Neto na Kinita ng Negosyo (sariling negosyo/pinatunayan ng indipindiyenteng kinauukulan)	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M. Iba pa (mga benepisyo sa pag-strike, mga suweldo sa pagsasanay, mga ibinibigay ng militar sa pamilya, mga kinita sa mga estate at mga trust)	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N. Kabuuan	\$ 0.00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BAHAGI IV – Sertipikasyon Ng Aplikante

Nauunawaan ko na ang impormasyon na isinumite ko ay sasailalim sa beripikasyon ng kinauukulang pasilidad para sa pangangalagang pangkalusugan at ng mga Pederal na Pamahalaan o Estado . Sa pagsasabi ng maling katotohanan ay pagbabayaran ko ang lahat ng singil sa ospital at sasailalim ako sa mga kaparusahang sibil.

Kung hihilingin ng pasilidad para sa pangangalagang pangkalusugan, mag-aaply ako para sa tulong ng pamahalaan o sa pribadong medikal na tulong para sa pagbabayad ng singil ng ospital.

Pinatutunayan ko na ang mga impormasyon sa itaas tungkol sa laki ng aking pamilya, kita, at mga ari-arian ay totoo at wasto.

Nauunawaan ko na responsibilidad kong ipaalam sa ospital ang anumang pagbabago sa estado ng aking kinikita o mga ari-arian.

19. Lagda ng Pasyente o Gumagarantiya

20. Petsa

Pangunahing Pagpapatunay ng Pasyente

Pangalan ng Pasyente: _____ Numero ng Account: _____

Petsa ng Serbisyo: _____ Tirahan: _____

Mangyaring Ilagay ang Inisyal

_____ Ako at/o ang aking asawa ay nagpapatunay na ako/kami ay walang kinikita at ___/___/___ hanggang ___/___/___ wala pang kinikita mula noong.

_____ Ako at/o ang aking asawa ay nagpapatunay na walang mga ari-arian tulad ng nakalista sa aplikasyon para sa pangkawanggawang pangangalaga.

_____ Ako at/o ang aking asawa ay nagpapatunay na wala akong bahay at walang tirahan mula pa noong ___/___/___

_____ Ako at/o ang aking asawa ay nagpapatunay na ako/kami ay walang Medikal na Seguro na makakasakop sa kabuuang halaga ng mga serbisyo sa ospital.

_____ Pinatutunayan ko na ang pangalan ko ay _____. Hindi ako makakapagbigay ng

katibayan ng pagkakakilanlan dahil: _____
(Sabihin ang Dahilan)

_____ Ako at/o ang aking asawa ay nagpapatunay na ako/kami ay may kinikita. Ang aming gross/cash na kinikita ay \$ _____ at binabayaran kami sa _____ basehan.
kadalasan

_____ Ako at/o ang aking asawa ay nagpapatunay na may mga ari-arian kami sa petsa ng serbisyo sa itaas sa halagang \$ _____.

_____ Ako at/o ang aking asawa ay nagpapatunay na ako ay residente ng New Jersey at intensyon kong manatili sa New Jersey bilang aking tirahan.
Nakatira sa: _____

_____ Pinatutunayan ko na wala akong ginawa at hindi ko intensyong humingi laban sa sinumang ikatlong partido na mahihingan ko ng kabayaran, para sa buo o sa bahagi, para sa mga medikal na serbisyo kaugnay ng aplikasyong ito (kasama, nang walang limitasyon, ang mga paghahabol na walang pananagutan, kabayaran sa manggagawa, mga may-ari ng bahay, kulang o hindi naka-insure na mga benepisyo ng motorista o mga tort na paghahabol). Nuunawaan ko at sumasang-ayon ako na, kung ginawa ang alinman sa naturang paghahabol, maaaring bawiin ng Hackensack Meridian Health Pascack Valley Medical Center ang pangangalagang pangkawanggawa nito at pabayaran sa akin ang lahat ng gastusin. Sumasang-ayon din ako na ipapaalam sa Hackensack Meridian Health Pascack Valley Medical Center kapag nagsampa ng paghahabol.



Hackensack
Meridian *Health*
Pascack Valley
Medical Center

Lagda ng Pasyente

Naka-print na Pangalan

Petsa