

Mga Tagubilin sa Form ng Aplikasyon para sa Tulong Pinansyal

Isa itong aplikasyon para sa tulong pinansyal (kilala rin bilang pangangalagang pangkawanggawa) sa Fred Hutchinson Cancer Center.

Iniaatas ng Estado ng Washington ang lahat ng ospital na magbigay ng tulong pinansyal sa mga tao at pamilyang nakakatugon sa ilang partikular na kinakailangan sa kita. Maaari kang maging kwalipikado para sa libreng pangangalaga o pinababang presyo na pangangalaga batay sa laki at kita ng iyong pamilya, kahit na mayroon kang insurance sa kalusugan. Nagbibigay ang FHCC ng Tulong Pinansyal para sa sinumang pasyente/tagagarantiya na ang kabuuang kita ng pamilya ay hanggang 300% ng Pederal na Antas ng Kahirapan (Federal Poverty Level, FPL) para sa 100% diskwento. Para sa mga petsa pagkatapos ng Hulyo 1, 2022, lumalawak ang threshold ng FHCC sa:

- 301-350% ng FPL para sa 75% diskwento at 25% responsibilidad ng pasyente
- 351-400% ng FPL para sa 50% diskwento at 50% responsibilidad ng pasyente

Para sa karagdagang impormasyon, makipag-ugnayan sa Pinansyal na Pagpapayo sa (206) 606-6226 o sa walang bayad na numero sa (800) 304-1763 at piliin ang opsyon 2, Lunes hanggang Biyernes, 7:30 a.m. – 4 p.m. (Pacific Time).

Ano ang saklaw ng tulong pinansyal? Sinasaklaw ng tulong pinansyal ng ospital ang mga naaangkop na serbisyong nakabatay sa ospital na ibinibigay ng FHCC depende sa iyong pagiging kwalipikado. Maaaring hindi saklawin ng tulong pinansyal ang lahat ng gastos sa pangangalagang pangkalusugan, kabilang ang mga serbisyong ibinibigay ng ibang organisasyon.

Kung mayroon kang mga tanong o kailangan ng mo tulong sa pagkompleto ng aplikasyong ito: Mangyaring tumawag sa Pinansyal na Pagpapayo sa (206) 606-6226 o sa walang bayad na numero sa (800) 304-1763 at piliin ang opsyon 2. Maaari kang makakuha ng tulong para sa anumang dahilan, kabilang ang tulong sa kapansanan at wika.

Para maproseso ang iyong aplikasyon, kailangan mong:

- Magbigay sa amin ng impormasyon tungkol sa iyong pamilya**
Punan ang bilang ng mga miyembro ng pamilya sa iyong sambahayan (kabilang sa pamilya ang mga taong nauugnay sa kapanganakan, kasal, o pag-aampon na magkasamang nakatira)
- Magbigay sa amin ng impormasyon at dokumentasyon tungkol sa kabuuang buwanang kita ng iyong pamilya (kita bago ang mga paglalapat ng buwis at pagbabawas)**
- Ideklara ang mga ari-arian**
- Maglakip ng karagdagang impormasyon kung kinakailangan**
- Lagdaan at lagyan ng petsa ang form**

Tandaan: Hindi mo kailangang magbigay ng numero ng Social Security para mag-apply para sa tulong pinansyal. Kung ibibigay mo sa amin ang iyong numero ng Social Security, makakatulong ito na mapabilis ang pagproseso ng iyong aplikasyon. Ginagamit ang mga numero ng Social Security para i-verify ang impormasyong ibinigay sa amin. Kung wala kang numero ng Social Security, markahan ng “hindi naaangkop” o “NA.”

Isumite ang iyong nakompletong aplikasyon kasama ang lahat ng dokumentasyon sa pinansyal na tagapayo sa:

FRED HUTCHINSON CANCER CENTER
FINANCIAL COUNSELING
825 Eastlake Ave E
MS G3-650
Seattle, WA 98109
Email: Fincounsel@fredhutch.org
FAX: (206) 606-1271

Siguraduhing magtabi ng kopya ng aplikasyon para sa tulong pinansyal para sa iyong sarili.



Aabisuhan ka namin tungkol sa panghuling pagpapasya sa pagiging kwalipikado at mga karapatan sa apela, kung naaangkop, sa loob ng 14 na araw ng kalendaryo pagkatapos matanggap ang nakompletong aplikasyon para sa tulong pinansyal, kabilang ang dokumentasyon ng kita.

Sa pagsusumite ng aplikasyon para sa tulong pinansyal, ibinibigay mo ang iyong pahintulot sa amin na magsagawa ng mga kinakailangang pagtatanong para kumpirmahin ang mga pinansyal na obligasyon at impormasyon.

Gusto naming tumulong. Mangyaring isumite kaagad ang iyong aplikasyon!

Maaari kang makatanggap ng mga singil habang nakabinbin ang iyong aplikasyon. Maaaring magbahagi ng impormasyon ang Fred Hutchinson Cancer Center at UW Medicine kung kinakailangan para matulungan ang mga pasyenteng naghahanap ng pangangalaga sa parehong mga institusyon (sa loob ng 90 araw ng pagkompleto ng aplikasyon). Maaaring magkaiba ang panahon ng pag-apruba para sa bawat institusyon.

Form ng Aplikasyon para sa Tulong Pinansyal

Mangyaring punan nang buo ang lahat ng impormasyon. Kung hindi ito naaangkop, isulat ang "NA." Maglakip ng mga karagdagang pahina kung kinakailangan.

IMPORMASYON SA SCREENING	
Kailangan mo ba ng interpreter? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi <i>Kung Oo, ilarawan ang gustong wika:</i>	
Nag-apply ba ang pasyente para sa Medicaid? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi <i>Maaaring kailanganing mag-apply bago isaalang-alang para sa tulong pinansyal</i>	
Tumatanggap ba ang pasyente ng mga pampublikong serbisyo ng estado tulad ng Pansamantalang Tulong para sa Mga Pamilyang Nangangailangan (Temporary Assistance for Needy Families, TANF), Pangunahing Pagkain (Basic Food), o Mga Babae, Sanggol at Bata (Women, Infants and Children, WIC)? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	
Kasalukuyang bang walang tirahan ang pasyente? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	
May kaugnayan ba ang pangangailangan sa pangangalagang medikal ng pasyente sa aksidente sa sasakyan o pinsala sa trabaho? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	
MANGYARING TANDAAN	
<ul style="list-style-type: none"> Hindi namin magagarantiya na magiging kwalipikado ka para sa tulong pinansyal, kahit na mag-apply ka. Sa sandaling ipadala mo ang iyong aplikasyon, maaari naming suriin ang lahat ng impormasyon at maaari kaming humingi ng karagdagang impormasyon o patunay ng kita. Sa loob ng 14 na araw ng kalendaryo pagkatapos naming matanggap ang iyong nakompletong aplikasyon at dokumentasyon, aabisuhan ka namin kung kwalipikado ka para sa tulong. 	

IMPORMASYON NG PASYENTE AT APLIKANTE					
Pangalan ng pasyente		Gitnang pangalan ng pasyente		Apelyido ng pasyente	
<input type="checkbox"/> Lalaki <input type="checkbox"/> Babae <input type="checkbox"/> Iba pa (maaaring tukuyin _____)		Petsa ng Kapanganakan		Numero ng Social Security ng Pasyente*	
Taong Responsable sa Pagbabayad ng Bill		Kaugnayan sa Pasyente	Petsa ng Kapanganakan	Numero ng Social Security*	
Katayuan sa pagtatrabaho ng taong responsable sa pagbabayad ng bill		<input type="checkbox"/> Nagtatrabaho (petsa ng pag-hire: _____) <input type="checkbox"/> Walang trabaho (gaano katagal nang walang trabaho: _____) <input type="checkbox"/> May sariling hanapbuhay <input type="checkbox"/> Mag-aaral <input type="checkbox"/> May Kapansanan <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Iba pa (_____)			
Mailing Address			Permanenteng Address (kung iba sa Mailing Address)		
_____			_____		
Lungsod Estado Zip Code			Lungsod Estado Zip Code		
_____			_____		
Bansa			Bansa		
Impormasyon sa Pakikipag-ugnayan					
Email Address: _____					
Pangunahing (mga) numero sa pakikipag-ugnayan:					
Tirahan () _____ Mobile () _____ Trabaho () _____					



IMPORMASYON NG PAMILYA

Ilista ang mga miyembro ng pamilya sa iyong sambahayan, kasama ka. Kabilang sa “pamilya” ang mga taong nauugnay sa kapanganakan, kasal, o pag-aampon na magkasamang nakatira.

LAKI NG PAMILYA _____ MGA DEPENDENT _____ *Maglakip ng karagdagang pahina kung kinakailangan*

Pangalan	Petsa ng Kapanganakan	Kaugnayan sa Pasyente	Kung 18 taong gulang pataas: Pangalan ng (mga) employer o pinagmumulan ng kita	Kung 18 taong gulang pataas: Lahat ng kabuuang buwanang kita (bago ang mga paglalapat ng buwis):	Nag-a-apply din para sa tulong pinansyal?
					Oo / Hindi
					Oo / Hindi
					Oo / Hindi
					Oo / Hindi
					Oo / Hindi
					Oo / Hindi

Dapat ihayag ang kita ng lahat ng miyembro ng pamilya na nasa hustong gulang. Kabilang sa mga pinagmumulan ng kita, halimbawa:

- Sahod - Kawalan ng trabaho- Sariling hanapbuhay - Kabayaran ng manggagawa - Kapansanan - Karagdagang Seguridad sa Kita (Supplemental Security Income, SSI - Suporta sa anak/asawa - Mga programa sa pagtatrabaho habang nag-aaral (mga estudyante) - Pensyon - Mga pamamahagi ng account sa pagreretiro
- Iba pa (*mangyaring ipaliwanag _____*)

IMPORMASYON SA KITA

TANDAAN: *Dapat mong isama ang patunay ng kita sa iyong aplikasyon.*

Dapat kang magbigay ng kita para sa mga miyembro ng pamilya na nakalista sa itaas. Kinakailangan ang pag-verify ng kita para matukoy ang tulong pinansyal.

Dapat ihayag ng lahat ng miyembro ng pamilya na 18 taong gulang pataas ang kanilang kita. Kung hindi ka makapagbigay ng dokumentasyon, maaari kang magsumite ng nakasulat na nilagdaang pahayag na naglalarawan ng iyong kita. Mangyaring magbigay ng patunay para sa bawat natukoy na pinagmumulan ng kita.

Kabilang sa mga halimbawa ng patunay ng kita ang:

- “W-2” withholding na pahayag; o
- Mga kasalukuyang pay stub (3 buwan); o
- Mga pahayag sa bangko (3 buwan); o
- Pahayag ng buwis sa kita noong nakaraang taon, kasama ang mga iskedyul kung naaangkop; o
- Mga nakasulat at nilagdaang pahayag mula sa mga employer o iba pa; o
- Pag-apruba/pagtanggi sa pagiging kwalipikado para sa Medicaid at/o medikal na tulong na pinondohan ng estado; o
- Pag-apruba/pagtanggi sa pagiging kwalipikado para sa kabayaran sa kawalan ng trabaho.

Kung wala kang patunay ng kita o walang kita, mangyaring maglakip ng karagdagang pahina na may paliwanag.



IMPORMASYON SA GASTOS

Ginagamit namin ang impormasyong ito para makakuha ng mas kompletong larawan ng iyong pinansyal na sitwasyon.

Buwanang Gastos ng Sambahayan:

Upa/mortgage	\$ _____	Mga medikal na gastos	\$ _____
Premium sa Insurance	\$ _____	Mga utilidad	\$ _____
Iba pang Utang/Gastos	\$ _____	<i>(suporta sa bata, mga utang, mga gamot, iba pa)</i>	

IMPORMASYON NG ARI-ARIAN

Maaaring gamitin ang impormasyong ito kung ang iyong kita ay higit sa 400% ng Pederal na Mga Alituntunin sa Kahirapan.

Kasalukuyang balanse ng checking account \$ _____ Kasalukuyang balanse ng savings account \$ _____	Mayroon bang iba pang ganitong ari-arian ang iyong pamilya? <u>Mangyaring suriin ang lahat ng naaangkop at magbigay ng sumusuportang dokumentasyon</u> <input type="checkbox"/> Mga Stock <input type="checkbox"/> Mga Bono <input type="checkbox"/> 401K <input type="checkbox"/> (Mga) Savings Account para sa Kalusugan <input type="checkbox"/> (Mga) Trust <input type="checkbox"/> Ari-arian (hindi kasama ang pangunahing tirahan) <input type="checkbox"/> Nagmamay-ari ng negosyo
---	--

KARAGDAGANG IMPORMASYON

Mangyaring maglakip ng karagdagang pahina kung may iba pang impormasyon tungkol sa iyong kasalukuyang pinansyal na sitwasyon na gusto mong malaman namin, gaya ng pinansyal na kahirapan, labis na medikal na gastos, pana-panahon o pansamantalang kita, o personal na pagkawala.

KASUNDUAN SA PASYENTE

Nauunawaan ko na maaaring i-verify ng **Fred Hutchinson Cancer Center at UW Medicine** ang impormasyon sa pamamagitan ng pagsuri sa impormasyon ng kredito at pagkuha ng impormasyon mula sa iba pang pinagmumulan para tumulong sa pagtukoy ng pagiging kwalipikado para sa tulong pinansyal o mga plano sa pagbabayad.

Pinatutunayan ko na totoo at tama sa abot ng aking kaalaman ang impormasyon sa itaas. Nauunawaan ko na kung natukoy na mali ang ibinigay kong pinansyal na impormasyon, maaari itong magresulta sa pagtangi sa tulong pinansyal, at maaaring responsable at inaasahan akong magbayad para sa mga serbisyong ibinigay.

_____ **Lagda ng Taong Nag-a-apply**

_____ **Petsa**