

FORM NG IMPORMASYONG PINANSYAL / APLIKASYON SA TULONG PINANSYAL

Para sa tulong sa pagkumpleto ng form na ito o kung mayroon kang mga tanong, tumawag sa 281.312.4012 o 281.312.4000 -- Pindutin ang 5

Pangalan ng Pasyente:	Numero ng Telepono:
Address ng Kalsada ng Pasyente:	Lungsod, Estado, Zip Code:
(Mga) Numero ng Account:	(Mga) Petsa ng Serbisyo:

MGA TAGUBILIN: Dapat sagutin ang lahat ng tanong. Kung may hindi angkop na tanong, isulat ang N/A sa linya.
Maglakip ng photocopy ng isang patunay ng pagkakakilanlan na may larawan (halimbawa: lisensya sa pagmamanehong ibinigay ng estado o Passport na may larawan, atbp.) *
Maglakip ng photocopy ng pinakahuling Income Tax return o
Maglakip ng photocopy ng isa sa mga sumusunod na patunay ng kita:

* Kung hindi makakapagbigay ng photo ID, puwedeng gumamit ng iba pang dokumentong nagpapakita ng pagkakakilanlan. Makipag-ugnayan sa numero ng teleponong nakasaad sa itaas para sa tulong.

<input type="checkbox"/> Huling 2 stub ng paycheck	<input type="checkbox"/> Tseke o award letter ng Social Security
<input type="checkbox"/> Slip ng pagkumpirma sa benepisyo ng kawalan ng trabaho	<input type="checkbox"/> Liham mula sa employer na isinasaad ang pangalan ng empleyado, trabaho, sahod kada oras, bilang ng oras ng pagtatrabaho

***** Hindi ito ituturing na kumpletong aplikasyon nang walang karagdagang dokumentasyon. *****

KATAYUAN: Permanenteng Mamamayan ng Texas Legal na Mamamayan Immigrant Visa Non-Immigrant Visa

KATAYUAN SA PAG-AASAWA (lagyan ng check ang isa): Kasal Walang asawa Diborsyado
 Balo Iba pa _____

MGA ANAK NA WALA PANG 18 TAONG GULANG AT IBA PANG DEPENDENT SA LOOB NG PAMILYA (Magpatuloy sa isa pang pahina, kung kinakailangan)

Buong Pangalan	Petsa ng Kapanganakan	Kaugnayan ng Mga Dependent (lagyan ng check ang isa)				
		Anak	Step-Child	Tagapag-alaga	Nasa hustong gulang/Senior	Hindi kamag-anak

BUOD NG TRABAHO

Pasyente	Asawa
Employer	Employer
Trabaho	Trabaho
Katayuan sa Trabaho (lagyan ng check ang isa) <input type="checkbox"/> Full-time <input type="checkbox"/> Part-time <input type="checkbox"/> Walang trabaho <input type="checkbox"/> May-bahay <input type="checkbox"/> Hindi makabalik sa trabaho	Katayuan sa Trabaho (lagyan ng check ang isa) <input type="checkbox"/> Full-time <input type="checkbox"/> Part-time <input type="checkbox"/> Walang trabaho <input type="checkbox"/> May-bahay <input type="checkbox"/> Hindi makabalik sa trabaho

KITA NG PAMILYA KADA BUWAN	MGA GASTUSIN NG PAMILYA KADA BUWAN (Hindi nalalapit para sa FAA)
Pasyente \$ _____ /buwan	Bahay: _____ Sarili/Loan _____ Upa
Asawa \$ _____ /buwan	Bayad sa Bahay \$ _____ /buwan
Alimony \$ _____ /buwan	Mga Utility (kuryente, tubig) \$ _____ /buwan
Kawalan ng trabaho \$ _____ /buwan	Sasakyan # 1 \$ _____ /buwan
Suporta sa Bata \$ _____ /buwan	Sasakyan # 2 \$ _____ /buwan
Benepisyo ng Mga Naulila \$ _____ /buwan	Gasolina \$ _____ /buwan
Sahod ng Mga Manggagawa \$ _____ /buwan	Insurance \$ _____ /buwan
Trust Fund \$ _____ /buwan	TV/ Cable/ Telepono \$ _____ /buwan
Iba pa \$ _____ /buwan	Pagkain \$ _____ /buwan
KABUUNANG KITA \$ _____ /buwan	KABUUNANG GASTOS \$ _____ /buwan

MGA BANK ACCOUNT/IBA PANG ASSET (dapat sagutin ang lahat ng 3 tanong): **(Hindi naaangkop para sa FAA)**

May Checking Account? (bilugan ang isa)	Oo	Hindi	Kasalukuyang Balanse	\$ _____
May Savings Account? (bilugan ang isa)	Oo	Hindi	Kasalukuyang Balanse	\$ _____
May Karagdagang Ari-arian? (bilugan ang isa)	Oo	Hindi	Kasalukuyang Halaga	\$ _____

Kung Mayroon, pakilarawan: _____

FORM NG IMPORMASYONG PINANSYAL / APLIKASYON SA TULONG PINANSYAL

Pangalan ng Pasyente:

- * Pinapatunayan ko sa ilalim ng parusa sa paglabag sa sinumpaang, na totoo at tama ang mga sagot na ibinigay ko sa abot ng aking kaalaman.
- * Makikita sa impormasyong ibinigay ko ang kita at mga gastusin ng PAMILYA.
- * Maaaring gamitin ng Memorial Hermann Surgical Hospital Kingwood ang impormasyong ito gayundin ang ulat ng credit at iba pang impormasyong nakukuha ng publiko upang bumuo ng plano sa pagbabayad at/o upang magsimula ng aplikasyon para sa tulong pinansyal at/o upang matukoy ang kwalipikasyon para sa iba't ibang programa, nasasaklaw, o tulong.
- * Pinapahintulutan ko ang Memorial Hermann Surgical Hospital Kingwood na kumuha ng impormasyon mula sa anumang mapagkukunan upang mapatunayan ang mga pahayag na ginawa ko.
- * Makakatanggap ka ng nakasulat na komunikasyon mula sa Memorial Hermann Surgical Hospital Kingwood kung hindi kumpleto o hindi sapat ang impormasyong ibinigay mo upang matukoy kung kwalipikado ka para sa tulong pinansyal o kung hindi ka nakapasa sa mga kinakailangang kwalipikasyon. Aabisuhan ka rin sa pamamagitan ng liham kung kwalipikado ka para sa tulong pinansyal.
- * Maaaring maging kwalipikado ang mga pasyenteng nag-apply para sa tulong pinansyal para sa mga pondo mula sa mga lokal, pang-estado, o pederal na programa. Inaasahang mag-a-apply ang mga pasyente para sa mga nasabing programa bago pagpasyahan ang kwalipikasyon para sa tulong pinansyal. Ang Memorial Hermann Surgical Hospital Kingwood ay magbibigay ng tulong sa mga indibidwal sa pag-apply para sa mga nasabing programa. Maaaring magkaroon ng hindi magandang epekto sa pagkilala sa aplikasyon sa Tulong Pinansyal ng pasyente ang hindi pag-apply para sa mga nasabing programa.
- * Pinapatunayan kong totoong nag-apply ako para sa lahat ng posibleng nasasaklaw ng insurance, kabilang ang Medicaid, Crime Victims, Health Exchange Insurance, at iba pang lokal, pang-estado, o pederal na nasasaklaw.
- * Nauunawaan kong kung hindi ako maging kwalipikado para sa tulong pinansyal, ako ang sasagot sa gastusin ng pangangalaga.

Lagda ng Pasyente/Guarantor

Petsa

Matapos kumpletuhin ang form na ito, ipadala ito kasama ang LAHAT ng mga karagdagang dokumento sa:

**Patient Business Office
300 Kingwood Medical Drive
Kingwood, Texas 77339
Attention: Financial Assistance**

Office Use Only

Financial Assistance Approved by Facility CEO / CFO

Approved by: _____

Name / Signature

Title

Date

Tingnan ang likod ng pahina



Tingnan ang likod ng pahina