



APLIKASYON SA TULONG PINANSYAL

Mga Panuto

Para sa libreng tulong sa pagkumpleto ng aplikasyon, mangyaring kontakin ang Patient Financial Services sa telepono **sa 1-866-967-4677 (TTY: 711)** (8am hanggang 4:30pm, Lunes hanggang Biyernes) o nang personal sa 770 S. Bascom Avenue, San Jose, CA 95128 (8am hanggang 4:30pm, Lunes hanggang Biyernes).

Para sa higit pang impormasyon tungkol sa mga mapagpipiliang tulong pinansyal, mangyaring bisitahin kami online sa **scvh.org/bill-help**.

Mangyaring punan itong buong aplikasyon at ibalik ito sa Patient Financial Services:

- **sa pamamagitan ng fax** sa 1-408-494-7848
- **sa pamamagitan ng liham o sa personal** sa 770 S. Bascom Avenue, San Jose, CA 95128, o
- **sa pamamagitan ng e-mail** sa HHSVCAApp@hhs.sccgov.org

Tandaan: Kung pipiliin mong padalhan kami ng e-mail, iminumungkahi naming i-encrypt ang iyong mensahe upang protektahan ang iyong privacy at seguridad ng iyong personal na mga dokumento.

Kailangan mo ring magbigay ng kahit isa sa mga sumusunod na dokumento upang suportahan ang iyong aplikasyon:

1. **Katibayan ng pagkakakilanlan** (halimbawa: lisensya sa pagmamaneho, pasaporte, iba pang ID na mula sa pamahalaan, ID sa trabaho o paaralan, o sertipiko ng kapanganakan kasama ang gym o iba pang ID);
2. **Katibayan ng kita** (halimbawa: nakaraang mga pay stub, income tax return, award letter ng Social Security, mga award letter para sa iba pang benepisyo, mga statement ng benepisyo sa militar, at/o mga resibo ng kita sa pagpapaupa, kung naaangkop); at
3. **Katibayan ng paninirahan** (halimbawa: kontrata/lease/mortgage ng pangunguoahan, utility bill, rehistro ng sasakyan. o deklarasyon ng kawalan ng matitirahan).

Ang pagiging karapat-dapat para sa ilang mga healthcare coverage program ay maaaring mangailangan ng karagdagang dokumentasyon. Kung marami pang mga dokumento ang kinakailangan, gagabayan ka kung aling mga dokumento ang ibibigay.

Ang mga residente ng County na naghahangad lamang na maging kwalipikado para sa isang parsyal na diskwento sa ilalim ng CSCHS Healthcare Access Program (HAP) (ibig sabihin, ang mga pasyenteng nagbabayad o mataas ang gastusing medikal na mayroong kita na higit pa sa 400% ngunit mababa sa 650% ng Federal Poverty Level) ay kinakailangan lamang na ipasa ang kasalukuyang mga pay stub o income tax return bilang patunay ng kita.

Upang makuha ang aplikasyong ito at kaugnay na impormasyon sa iba pang wika o sa isang accessible na alternatibong format—kabilang ang, ngunit hindi limitado sa malakihang imprenta, braille, audio, at mga elektronikong format na accessible at maaaring basahin sa pamamagitan ng isang screen reader sa isang lohikal na pagkakasunod-sunod na pagbasa—mangyaring kontakin ang Patient Financial Services sa 1-866-967-4677 (TTY: 711).



Background na Impormasyon

Legal na Pangalan (Apelyido, Pangalan, Gitnang Pangalan):	
Kasarian:	Gustong wika:
Email Address:	<input type="checkbox"/> I-click dito upang payagang makatanggap ng mga update tungkol sa aplikasyong ito sa pamamagitan ng isang naka-segurong e-mail
Numero ng telepono: () -	Mailing address (kabilang ang lungsod, estado, zip code):
U.S. Citizen? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	Residente ng Santa Clara County? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
U.S. Veteran? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	Lawful Permanent Resident / Green Card Holder / Employment Authorization Document? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
Pangalan ng Ina noong Dalaga pa:	
Kung oo, gaano na katagal? ____ Taon ____ Buwan	
Estado sa trabaho ng aplikante: <input type="checkbox"/> May trabaho <input type="checkbox"/> Self-Employed <input type="checkbox"/> N/A	
Pangalan ng kasalukuyang lugar ng trabaho at numero sa telepono: ____ / () -	
Mga petsa ng pinakabagong trabaho/self-employment: ____ / ____ / ____ hanggang ____ / ____ / ____	
Estado sa trabaho ng asawa/domestikong partner: <input type="checkbox"/> Empleyado <input type="checkbox"/> Self-Employed <input type="checkbox"/> N/A	
Pangalan ng kasalukuyang lugar ng trabaho at numero sa telepono: ____ / () -	
Mga petsa ng pinakabagong trabaho/self-employment: ____ / ____ / ____ hanggang ____ / ____ / ____	
Ang kapansanan ay inaasahang tatagal ng 12 buwan o mas matagal pa?	
<input type="checkbox"/> Oo, ako <input type="checkbox"/> Oo, ang aking asawa/domestikong partner <input type="checkbox"/> Hindi	

Estado ng Sambahayan

Mangyaring ilista lahat ng mga miyembro ng pamilya sa ibaba, kabilang ang iyong sarili, asawa mo o domestikong partner, umaasang mga anak na wala pang 21 taong gulang (kahit na nakatira o hindi sa bahay). Mangyari ding lagyan ng tsek ang kahon () kung isinasama mo ang taong ito sa iyong tax return.

Legal na Pangalan (Apelyido, Pangalan, Gitnang Pangalan):	Petsa ng Kapanganakan (Buwan/Araw/Taon)	Relasyon sa Iyo	Social Security Number (kung naaangkop)
(<input type="checkbox"/>)			
(<input type="checkbox"/>)			
(<input type="checkbox"/>)			
(<input type="checkbox"/>)			
(<input type="checkbox"/>)			
(<input type="checkbox"/>)			



Insurance sa Pangangalaga ng Kalusugan at Access

Mayroon ka bang insurance pangkalusugan (kabilang ang, ngunit hindi limitado sa, Medicaid, Medi-Cal, isang Covered California plan, employer-sponsored coverage, at/o iba pang third-party coverage para sa mga gastusing may kinalaman sa pangangalaga sa kalusugan)? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
(mga) Pangalan ng insurance:
Mga kontak number ng insurance: () - () -
Kung ikaw ay nasaktan, ang mga pinsala mo ba ay sanhi ng isang third party (gaya ng habang nasa isang aksidente sa kotse o pagkakadulas at pagkahulog)? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
Mayroon ka bang iba pang insurance na maaaring i-apply (gaya ng isang auto policy)? <input type="checkbox"/> Meron <input type="checkbox"/> Wala
Nagbayad ka ba o ang iyong pamilya ng anumang out-of-pocket na gastusin sa pangangalagang pangkalusugan (tulad ng mga copayment, coinsurance, deductible, at mga bayarin na hindi sakop ng insurance) sa nakalipas na 12 buwan? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
Kung oo, mangyaring ilagay ang kabuuang halaga ng binayaran: \$ _____
(Kung naaangkop) Mayroon akong pangunahing doktor na tagapangalaga sa: <input type="checkbox"/> CSCHS <input type="checkbox"/> isang pampamayanang klinika
(Kung naaangkop) Pangalan ng pangunahing doktor na tagapangalaga:

Kasalukuyang Buwanang Kita

Mangyaring punan ang table sa ibaba gamit ang **kabuuang kita (ibig sabihin, bago ang tax) numero para sa lahat ng miyembro ng iyong pamilya** (kabilang ang iyong sarili, iyong asawa o domestikong partner, at umaasang anak na wala pang 21 gulang, nakatira man o hindi sa bahay).

Buwanang Mapagkukunan ng Kita	Pasyente	Asawa	Iba pa	DO NOT FILL OUT – FOR OFFICE USE ONLY Total gross monthly income: \$ _____ Family Size: _____ FPL Level: _____
1. Kita mula sa trabaho (suweldo, sahod, kitang pera, at iba pang kompensasyon)	\$	\$	\$	
2. Kita mula sa pagpapatakbo ng negosyo (kung self-employed)	\$	\$	\$	
3. Kita mula sa interes at mga dibidendo	\$	\$	\$	
4. Kita mula sa real estate o personal na pag-aari	\$	\$	\$	
5. Kita mula sa Social Security	\$	\$	\$	
6. Iba pa (mangyaring tukuyin: _____)	\$	\$	\$	
7. Natanggap ang mga pagbabayad ng alimony / suporta sa bata	\$	\$	\$	
8. BINAYARAN NA ang mga pagbabayad ng alimony / suporta sa bata	\$	\$	\$	
Kabuuang kita (magdagdag ng mga linya 1 hanggang 7 sa itaas) <u>bawas</u> ang anumang sustento / mga bayad sa suporta sa bata na BINAYARAN (linya 8)	\$			



Mahalagang Abiso Kaugnay sa Healthcare Access Program (HAP)

Tandaan: Upang maging kwalipikado para sa charity care o isang diskwento sa ilalim ng CSCHS Healthcare Access Program (HAP), kailangan mong gawin ang lahat nang makatwirang pagsisikap upang ipasa ang iyong Aplikasyon sa Tulong Pinansyal sa CSCHS sa loob ng 180 araw pagkatapos ipadala ang iyong unang billing statement para sa isang partikular na bahagi ng pangangalaga.

Kung ipapasa mo ang iyong aplikasyon pagkatapos nitong 180-araw na tinakdang panahon, kailangan mong ipaliwanag kung bakit mayroong magandang dahilan para sa pagkaantala gamit ang espasyo sa ibaba. Maaari kang magpasa ng mga karagdagang dokumento para suportahan ang iyong paliwanag. Maaari mo ring kontakin ang CSCHS upang humingi nang karagdagang impormasyon.

Deklarasyon at Lagda

Idinedeklara ko sa ilalim ng penalidad ng pagsisinungaling na ang impormasyong ibinigay ko ay totoo at tama sa abot ng aking nalalaman, at kung saan hindi ko talaga alam ang sagot sa kahit anong tanong, ay gumawa ako ng bawat makatwirang pagtatangkang kumpirmahin ang sagot kasama ang isang taong nakakaalam. Nauunawaan ko na kailangan kong ipaalam sa County of Santa Clara Health System (CSCHS) ang anumang pagbabago sa aking paninirahan, estadong pinansyal, laki ng sambahayan, at/o pagiging karapat-dapat para sa insurance coverage sa loob ng 60 araw kung kailan naganap ang pagbabago o sa susunod na punto ng serbisyo, kung alinman ang mas mauuna. Pinahihintulutan kong ilabas ang aking rekord ng impormasyon ng kalusugan upang makatanggap ng collaborative na pangangalagang pangkalusugan mula sa mga tagapagtustos na nakakontrata sa County of Santa Clara, pati na rin ang County of Santa Clara Social Security Services Agency para sa mga layunin ng pagtukoy sa pagiging karapat-dapat sa Medi-Cal at pagbabahagi ng impormasyon tungkol sa estado ng aking Medi-Cal. Pinahihintulutan ko ang CSCHS na humingi ng ulat ng utang at/o patunayan ang anumang impormasyon sa aplikasyong ito na sa tingin nito ay kinakailangan.

Petsa

Lagda