

Mangyaring ganap na punan ng lahat ng impormasyon. Kung hindi naaangkop, isulat ang "NA." Ilakip ang mga karagdagang pahina kung kailangan.*

IMPORMASYON SA SCREENING

Kailangan mo ba ng tagapagsalin? **Oo** **Hindi** Kung *Oo*, ilista ang ninanais na wika:

Nag-apply ba ang pasyente para sa Medicaid? **Oo** **Hindi**

Tumatanggap ba ang pasyente ng mga pampublikong serbisyo ng estado gaya ng TANF, Basic Food, o WIC? **Oo** **Hindi**

Kasalukuyan bang walang tirahan ang pasyente? **Oo** **Hindi**

Ang medikal na pangangailangan ng pasyente ba ay may kinalaman sa aksidente sa sinasakyan o kapinsalaan sa trabaho? **Oo** **Hindi**

MANGYARING TANDAAN

- Hindi namin magagarantiya na ikaw ay magiging kwalipikado para sa pampinansyal na tulong, kahit na ikaw ay mag-apply.
- Sa oras sa maipadala mo ang iyong aplikasyon, maaari naming suriin ang lahat ng impormasyon at humingi ng karagdagang impormasyon o katibayan ng kita.
- Sa loob ng 14 na araw ng kalendaryo pagkatapos naming matanggap ang iyong kinumpletong aplikasyon at dokumentasyon, aabisuhan ka namin kung ikaw ay kwalipikado para sa tulong.

IMPORMASYON TUNGKOL SA PASYENTE AT APLIKANTE

unang pangalan	panggitnang pangalan		apelyido
<input type="checkbox"/> Lalaki <input type="checkbox"/> Babae <input type="checkbox"/> Iba pa (maaaring tukuyin _____)	Petsa ng Kapanganakan		Account #
Taong May Pananagutan sa Pagbabayad ng Bill	Kaugnayan sa Pasyente	Petsa ng Kapanganakan	Social Security # (opsyonal)
Adres na Pangkoreo			(Mga) pangunahing contact number () _____ () _____
Lungsod	Estado	Zip code	Email Address:
Katayuan ng trabaho ng taong may pananagutan sa pagbabayad ng bill <input type="checkbox"/> May trabaho (petsa ng unang araw sa trabaho: _____) <input type="checkbox"/> Walang trabaho (gaano katagal walang trabaho: _____) <input type="checkbox"/> Self-Employed <input type="checkbox"/> Estudyante <input type="checkbox"/> May kapansanan <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Iba pa (_____)			

IMPORMASYON TUNGKOL SA PAMILYA

Ilista ang mga miyembro ng pamilya sa iyong sambahayan, kabilang ang iyong sarili. Ang "pamilya" ay kinabibilangan ng mga taong may ugnayan sa pamamagitan ng kapanganakan, kasal o pag-ampon na magkakasama sa iisang bubong.

LAKI NG PAMILYA_ *Ilakip ang mga karagdagang pahina kung kailangan*

Pangalan	Petsa ng Kapanganakan	Kaugnayan sa Pasyente	Kung 18 taong gulang o mas matanda pa: Pangalan ng (mga) employer o pinanggagalingan ng kita	Kung 18 taong gulang o mas matanda pa: Kabuuang buwanang gross na kita (bago ikaltas ang buwis):	Nag-aapply rin ba para sa pampinansyal na tulong?
					Oo / Hindi
					Oo / Hindi
					Oo / Hindi
					Oo / Hindi

Mangyaring lagyan ng tsek ang lugar ng pasilidad kung saan ikaw ay nagpatingin:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Mga Ospital ng MultiCare Puget Sound | <input type="checkbox"/> Mga Ospital ng MultiCare Inland Northwest | <input type="checkbox"/> Woodcreek Pediatrics |
| <input type="checkbox"/> Mga Klinika ng MultiCare Puget Sound | <input type="checkbox"/> Mga Klinika ng MultiCare Rockwood | <input type="checkbox"/> ABC Clinics |
| | | <input type="checkbox"/> Olympic Sports and Spine |

* Epektibo sa ika-1 ng Marso, 2018, ang mga pagbisita sa MultiCare Immediate Clinics, MultiCare Indigo Urgent Care at MultiCare Urgent Care Clinic ay hindi na saklaw ng programa ng pampinansyal na tulong ng Multicare.

APPLICATION FORM PARA SA PAMPINANSYAL NA TULONG – KUMPIDENSYAL

(pagpapatuloy)

IMPORMASYON TUNGKOL SA KITA

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

Ikaw ay dapat na magbigay ng impormasyon tungkol sa kita ng iyong pamilya. Kabilang sa mga pinanggagalingan ng kita, halimbawa ang:

- Mga sahod - Unemployment - Self-employment - Kompensasyon sa Manggagawa - Disability - SSI - Suporta sa anak/asawa
- Mga programang work study (sa mga estudyante) - Pensyon - Mga retirement account distribution - Iba pa (*mangyaring ipaliwanag*)

Ang pagbeberipika sa kita ay kailangan upang mapagpasyahan ang pampinansyal na tulong.

Ang lahat ng mga miyembro ng pamilyang nasa edad na 18 taon o mas matanda pa ay dapat na isiwalat ang kanilang kita. Kung hindi ka makapagbibigay ng dokumentasyon, maaari kang magsumite ng isang nakasulat na pinirmahang pahayag na naglalarawan sa iyong kita. Mangyaring magbigay ng katibayan para sa bawat pinanggagalingan ng kita.

Kabilang sa katibayan ng kita ang:

- Isang "W-2" na withholding statement; o
- Kasalukuyang mga pay stub (katibayan ng sweldo) (3 buwan); o
- Income tax return noong nakaraang taon, kabilang ang mga schedule kung naaangkop; o
- Mga nakasulat, pinirmahang pahayag mula sa mga employer o iba; o
- Pag-apruba/pagtanggi ng elihibilidad para sa kompensasyon sa trabaho.

Kung ikaw ay walang katibayan ng kita o walang kita, mangyaring maglakip ng karagdagang pahinang may pagpapaliwanag.

KARAGDAGANG IMPORMASYON

Mangyaring maglakip ng karagdagang pahina kung mayroong iba pang impormasyon tungkol sa iyong kasalukuyang pampinansyal na kalagayan na nais mong ipaalam sa amin, gaya ng pampinansyal na kahirapan, seasonal o pansamantalang kita, o personal na kawalan.

PAGSANG-AYON NG PASYENTE

Nauunawaan ko na maaaring beripikahin ng MultiCare Health System ang impormasyon sa pamamagitan ng pag-review sa impormasyon sa kredito at pagkuha ng impormasyon mula sa iba pang mga pinaggagalingan upang makatulong sa pagpapasya ng elihibilidad para sa pampinansyal na tulong o mga plano ng pagbabayad.

Pinatutunayan ko na ang impormasyon sa itaas ay totoo at tama sa abot ng aking kaalaman. Nauunawaan ko na kung ang impormasyong aking ibinigay ay napag-alamang hindi totoo, ang resulta ay magiging pagtanggig sa pampinansyal na tulong, at ako ay mananagot sa o inaasahang magbabayad para sa mga serbisyong ipinagkaloob.

Pirma ng Taong Nag-aapply

Petsa