

## **KOMPIDENSYAL NA APLIKASYON PARA SA PINANSIYAL NA TULONG**

Para sa Mga serbisyo sa Ospital at Propesyonal na serbisyong ipinagkaloob ng mga pasilidad at doktor ng Trinity Health Personal at Kompidensyal

Salamat sa iyong pagpili sa Saint Agnes Medical Center bilang iyong tagapagbigay ng serbisyong pangkalusugan. Mangyaring kumpletuhin ang nakalakip na aplikasyon at isauli sa address sa ibaba para makumpleto ang evaluation ng iyong pinansiyal na tulong.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyari lang makipag-ugnayan sa aming Sentro ng Serbisyo para sa Kustomer sa 800-494-5797, Lunes hanggang Biyernes sa pagitan ng 9:00 a.m. - 5:00 p.m. Oras ng Silangan.

Sumasainyo,

Trinity Health Enterprise Patient Financial Services  
Sa ngalan ng Saint Agnes Medical Center  
20555 Victor Parkway  
Livonia, MI 48152

## KOMPIDENSYAL NA APLIKASYON PARA SA PINANSIYAL NA TULONG

Para sa Mga serbisyo sa Ospital at Propesyonal na serbisyong ipinagkaloob ng mga pasilidad at doktor ng Trinity Health

**Mangyaring kumplethin at lagdaan ang aplikasyon form at isauli sa loob ng 10 araw kabilang ang mga kopya ng mga sumusunod:**

Mga Kailangang Beripikasyon

- Nakaraang Isang buwan na Katibayan ng Kabuuang Kita
- Nakaraang Dalawang buwan na Kumpletong Mga Pahayag ng Bangko para sa lahat ng mga kuwenta sa bangko, kung saan kasama ang lahat ng mga pahina (pagpapaliwanag sa mga umuulit na pagdeposito)
- Pinakahuling Pagbabalik ng Buwis (1040 form na may Iskedyul C, E o F) o Tatlong Buwan na Pahayag ng Kita at Lugu (para sa mga may sariling hanap-buhay/umaasa)

Ipagkaloob ang mga sumusunod, kung naaangkop

- Kamakailang W2 para sa Pana-panahong Kita
- Sulat ng Benepisyo/Pagtanggi ng Kawalan ng Trabaho
- Suporta sa Bata/Alimony
- Walang kita – Kumpletuhin ang Sulat ng Pinansiyal na Suporta (Letter of Financial Support) na parte ng aplikasyon

**Impormasyon tungkol sa Pasyente**

Pangalan ng Pasyente	Petsa ng Kapanganakan
----------------------	-----------------------

Numero ng Seguridad Panlipunan/EIN (opsyonal)	Selpon	Iba pang Telepono
---	--------	-------------------

Adres ng Pagsusulatan	Lungsod	Estado	Kodigong ZIP
-----------------------	---------	--------	--------------

Adres ng Email	Saang estado ka residente?
----------------	----------------------------

Katayang Mag-asawa  Walang Asawa  Kasal  Diborsyado  Iba pa \_\_\_\_\_

Ikaw ba ay nagsusumite ng Pederal na Pagbabalik ng Buwis? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	Maaari ka bang ma-claim bilang isang umaasa sa pagbabalik ng buwis ng ibang tao? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
Kung hindi, bakit?	

Ikaw ba o ang iyong mga umaasa ay may saklaw ng seguro sa kalusugan sa oras na napagkaloob ang serbisyo?   
Oo  Wala (Magbigay ng kopya ng kard ng seguro)

Ikaw ba ay may mga legal na dokumentong residente ng Estados Unidos?  Oo  Wala  Mas Pinipiling Hindi Sumagot

Ang mga Miyembro ng Sambahayan, kasama na ang iyong sarili batay sa iyong pinakahuling Mga Pagbabalik ng Buwis	Petsa ng Kapanganakan	Relasyon sa Pasyente	Na-claim sa Pagbabalik ng Buwis (Oo/Hindi)

## KOMPIDENSYAL NA APLIKASYON PARA SA PINANSIYAL NA TULONG

Para sa Mga serbisyo sa Ospital at Propesyonal na serbisyong ipinagkaloob ng mga pasilidad at doktor ng Trinity Health

Beripikasyon ng Kita para sa lahat ng mga miyembro ng sambayanan					
Buwanang Pinagkukuhanan ng Kita	Sino ang nakakatanggap nito?	Kabuuang Buwanang Kita (bago bawasan ng buwis)	Buwanang Pinagkukuhanan ng Kita	Sino ang nakakatanggap nito?	Gross Monthly Income (bago bawasan ng buwis)
Sahod			Pabuya ng Manggagawa		
Seguridad Panlipunan/Kapansanang			Kawalan ng Trabaho		
Pensyon			Suporta sa Bata		
Sariling Negosyo			Kita mula sa upahan ng Lupa		
Pampublikong Tulong			Iba pa		
Sulat ng Pinansiyal na Suporta - Dapat lang makumpleto ng taong nagbibigay ng suporta					
<input type="checkbox"/> Ako ay nagkaloob ng higit sa 50% suporta para sa mga gastusin sa pamumuhay ng pasyente, pero hindi ako makatulong sa mga medikal na gastusin.					
<input type="checkbox"/> Sa pamamagitan ng paglalagda sa sulat na ito, aking pinatotohanan na ang nakasaad sa itaas na pahayag ay tama at sa walang anumang paraan ako magkakaroon ng pananagutan sa mga singilin ng pasyente. Kung mayroon kang mga tanong, mangyari lang makipag-ugnayan sa akin sa _____ (Numero ng Telepono)					
Pangalan ng taong nagbibigay ng suporta			Relasyon sa Pasyente		
Lagda ng taong nagbibigay ng suporta			Petsa		

### BERIPIKASYON NG KITA AT PAGKAKAKILANLAN

Aking pinatotohanan na ang impormasyong nakalista sa aplikasyon na ito ay totoo at kumpleto sa lubusan ng aking kaalaman. Aking nauunawaan na ang impormasyong ipinagkaloob ay sumasailalim sa beripikasyon. Ako ay mananagot sa pagbabayad pabalik ng anumang mga serbisyong ipinagkaloob sa mga kaanib ng Trinity Health kung ang impormasyong nakasaad sa itaas ay ipinagkaloob sa hindi totoong paraan.

Lagda ng Pasyente : \_\_\_\_\_ Petsa : \_\_\_\_\_

O Lagda ng Legal na Tagapag-alaga (Kung Naaangkop) : \_\_\_\_\_ Petsa : \_\_\_\_\_

Relasyon sa Pasyente : \_\_\_\_\_ Petsa : \_\_\_\_\_

**Mangyaring ipadala sa koreo ang iyong aplikasyon sa address na nakasulat sa itaas, i-fax sa 312-871-3350 at o i-upload ang mga dokumento gamit ang MyChart (Portal ng Pasyente) - <https://mychart.trinity-health.org/MyChart> Kung mayroon kang anumang katanungan, mangyaring makipag-ugnayan sa aming Customer Service Center sa 800-494-5797 Lunes hanggang Biyernes 9 a.m. - 5 p.m. Oras ng Silangan.**