

Kagalang-galang na Pasyente,

Salamat at pinili mo ang Hawai'i Pacific Health para sa iyong mga pangangailangan sa pangangalaga ng iyong kalusugan. Tumutulong ang aming Proramang Tulong Pinansiyal sa mga pasyente at sa kanilang mga pamilya na bayaran ang mga medikal na gastusin para sa mga serbisyong ipinagkakaloob sa aming mga pasilidad o ng isang doktor ng Hawai'i Pacific Health.

Ang mga residente ng estado ng Hawai'i na tumatanggap ng mga serbisyong kinakailangan sa pagpapagamot o mga hindi residenteng tumatanggap ng pang-emerhensiyang pangangalaga ay maaaring karapat-dapat para sa tulong pinansiyal batay sa mga sumusunod na pamantayan:

- Ang kita ng iyong pamilya ay katumbas ng o mas mababa sa 400 porsiyento ng kasalukuyang Pederal na Alituntunin sa Kahirapan (Federal Poverty Guidelines, FPG) para sa estado ng Hawai'i.
- Kung ang kita ng iyong pamilya ay lumalampas sa hangganang 400 porsiyento, maaari kang maituring bilang walang insurance at hindi kwalipikado sa coverage (medically indigent) at karapat-dapat para sa tulong pinansiyal kung ang balanse mo bilang pasyente ay lumalampas sa 15 porsiyento ng pinagsamang kita ng pamilya at mga ari-ariang madaling ipagpalit sa pera (liquid assets). Kakailanganin mong isiwalat ang lahat ng uri ng kita at mga ari-arian.
- Kailangang nakapagsumite ka na ng kumpletong Aplikasyon para sa Tulong Pinansiyal sa Hawai'i Pacific Health at nakipagtulungan sa Hawai'i Pacific Health upang makakuha ng bayad mula sa ikatlong partido.

Upang mag-apply para sa tulong pinansiyal, mangyaring kumpletuhin ang nakalakip na form ng Aplikasyon para sa Tulong Pinansiyal at isumite ito kasama ng mga kopya ng hinihinging pansuportang dokumento na nakasulat sa nakalakip na listahan.

Ipadala ang nakumpletong Aplikasyon para sa Tulong Pinansiyal at ang kinakailangang pansuportang dokumento sa:

Hawai'i Pacific Health
Attn: Financial Assistance Team
888 S. King Street, Tube 31
Honolulu, HI 96813

Kung mayroon kang anumang mga tanong, mangyaring tawagan ang opisina ng aming Customer Service sa 522-4013 sa O'ahu, 245-1119 sa Kaua'i, o toll free sa 1-866-266-3935.

Taos-pusong sumasaiyo,

Pangalan,
Departamento

Nakalakip

Tulong Pinansiyal - Listahan ng Dokumentasyon

Kailangang kasama ng iyong aplikasyon ang mga kopya ng alinman sa mga sumusunod na dokumento na nauukol sa iyo. Mangyaring maglakip ng mga kopya, hindi mga orihinal, dahil hindi ito kokopyahin o ibabalik. Kung wala ang alinman sa mga dokumento, maaantala ang pagproseso sa iyong aplikasyon.

Mangyaring magbigay ng impormasyon para sa LAHAT ng miyembro ng pamilya na nakalista sa form ng Aplikasyon para sa Tulong Pinansiyal. Ang miyembro ng pamilya ay isang tao na nauugnay batay sa dugo, pag-aasawa, o pag-aampon at kasamang naninirahan sa iisang bahay.

- Pagpapatunay sa kita
 - Mga sahod (Suweldo)
 - Mga pay stub sa nakalipas na tatlong buwan
 - Mga pinakabagong W2
 - May sariling hanap-buhay
 - Mga GE tax form
 - Schedule C at/o profit and loss statement
 - Social Security
 - Mga 1099 form
 - Sulat ng paggawad ng benepisyo (benefit award) o bank statement na nagpapatunay ng deposito mula sa US Treasury
 - Kawalan ng trabaho
 - Sulat na "Pagpapasya sa Katayuan ng Naka-insure"
 - Kung hindi makuha ang sulat, nakalakip ang iyong Form ng Pagpapatunay sa Kita (Income Verification Form, F3) na kukumpletuhin ninyong DALAWA ng Unemployment office
 - Bayad-pinsala sa mga Manggagawa
 - Mga pay stub sa nakalipas na tatlong buwan
 - Sulat ng paggawad ng benepisyo (benefit award)
 - Pension/Pagreretiro
 - Mga pay stub o statement na nagpapakita ng buwanang benepisyo
 - Mga benepisyo ng beterano
 - Mga pay stub o statement na nagpapakita ng buwanang benepisyo
 - Pagpapa-upa/Real Estate
 - Schedule E
 - Sustento ng Bata
 - Sulat ng paggawad ng benepisyo o dokumento ng Korte na nagpapakita ng halaga ng kita
 - Tulong Pinansiyal (Welfare)
 - Sulat ng paggawad ng benepisyo o dokumento na nagpapakita ng halaga ng kita
- Kumpletong kopya ng iyong pinakabagong nai-file na mga form ng buwis
 - Kailangang isama ang mga pansuportang dokumento para sa KAPWA mga 1099 form ng pinagtrabahuhan at hindi pinagtrabahuhang kita
- Kumpletuhin ang 4506-T form (Humingi ng Transcript of Tax Return)
 - <https://www.irs.gov/pub/irs-pdf/f4506t.pdf>
- Kung tumatanggap ka ng suporta mula sa isang miyembro ng pamilya o kaibigan, kailangang kumpletuhin ninyong DALAWA ng iyong mga tagasuporta ang nakalakip na Pagpapahayag ng Suporta o Form ng Paninirahan (Residency Form, F2).
- Mga dokumentong nagpapakita ng pagkaka-apruba o hindi pagkaka-apruba ng pagiging karapat-dapat sa Medicaid at/o Quest.
- Kung wala ka ng alinman sa mga bagay na nabanggit sa itaas, mangyaring magbigay ng nalagdaang pahayag na nagpapaliwanag kung bakit hindi mo isinumite ang mga bagay na iyon.
- Nakumpleto at nalagdaang Aplikasyon para sa Tulong Pinansiyal ng Hawaii'i Pacific Health

APLIKASYON PARA SA TULONG PINANSIYAL (F1)

UNANG SEKSYON: IMPORMASYON NG PASYENTE (PAKIPRINT)			
Pangalan (Apelyido, Pangalan, Gitnang Inisyal)	Petsa ng Kapanganakan	Numero ng Account	Ang (mga) Petsa ng Serbisyo

PANGALAWANG SEKSYON: IMPORMASYON NG TAONG RESPONSABLE PARA SA BILL/ GUARANTOR (PAKIPRINT)				
Pangalan (Apelyido, Pangalan, Gitnang Inisyal)			Petsa ng Kapanganakan	Social Security Number
Address	Lungsod	Estado	Zip Code	Pangunahing Telepono
Katayuang Sibil <input type="checkbox"/> Walang Asawa <input type="checkbox"/> May Asawa <input type="checkbox"/> Nagdiborsyo <input type="checkbox"/> Iba:		Nagpa-file ka ba ng Dokumento ng Pagbabayad ng Buwis (Federal Tax Return)? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi Kung hindi, bakit?		Pangalawang Telepono

PANGATLONG SEKSYON: IMPORMASYON NG PAMILYA (Ilista ang lahat ng miyembro ng pamilya na nakatira sa iyong sambayanan) Mangyaring ipagpatuloy sa pahina sa likod kung kailangan ng mas maraming espasyo				
Pangalan ng Miyembro ng Pamilya	Petsa ng Kapanganakan	Social Security Number	Kaugnayan sa Pasyente	Nakalista ba ang taong ito sa iyong Dokumento ng Pagbabayad ng Buwis (Federal Tax Return)?
1.				<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
2.				<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
3.				<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
4.				<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
5.				<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
6.				<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi

PANG-APAT NA SEKSYON: MGA GASTUSIN (Ilista ang mga buwanang gastusin para sa lahat ng miyembro ng pamilya)		
Renta: \$	Mortgage: \$	Mga Iba Pang Kabuuang Gastusin: \$

PANLIMANG SEKSYON: BUWANANG KABUJANG KITA (Ilista ang kita para sa lahat ng miyembro ng pamilya bago kinakaltas ang mga buwis)			
Mga sahod (Suweldo)	Bayad-pinsala sa mga Manggagawa	Pagpapa-upa/Real Estate	Iba pang Kita
Social Security	Pension/Pagreretiro	Sustento ng Bata	Pinagmumulan:
Kawalan ng trabaho	Mga Benepisyo ng Beterano	Tulong Pinansiyal (Welfare)	Halaga:

Nauunawaan ko na maaaring patunayan ng Hawai'i Pacific Health ang pinansiyal na impormasyong nilalaman nitong Aplikasyon para sa Tulong Pinansiyal kaugnay sa pagsusuri ng Hawai'i Pacific Health sa aplikasyong ito, at sa pamamagitan ng aking lagda dito pinahihintulutan ko ang aking employer o sinumang indibidwal na nakalista sa aplikasyong ito na patotohanan o magbigay ng mga karagdagang detalye kaugnay ng impormasyong ibinibigay sa aplikasyong ito. Pinatutunayan ko na ang mga pahayag sa aplikasyong ito ay totoo at tama, sa abot ng aking nalalaman at paniniwala, at ibinigay nang may katapatan. Batid ko na ang pagpapalsipika o pagsisinungaling sa impormasyon sa aplikasyong ito ay maaaring magresulta sa hindi pagkaka-apruba ng tulong pinansiyal.

Nauunawaan ko rin na ang ilang mga doktor o tagapagbigay ng serbisyo ay maaaring hindi empleyado ng Hawai'i Pacific Health. Nauunawaan ko na maaari akong makatanggap ng mga hiwalay na bill mula sa mga tagapagbigay ng serbisyong ito at ang aplikasyon para sa tulong pinansiyal na ito ay hindi ilalapat sa mga balanse sa kanila.

Lagda ng Pasyente/Guarantor

Petsa

Iprint ang Pangalan

Kaugnayan sa Pasyente

Pagpapahayag ng Suporta at/o Form ng Paninirahan (Residency Form, F2) para sa Pasyente na Nag-a-apply para sa Tulong Pinansiyal

Kung tumatanggap ka ng anumang uri ng suporta, kailangan na kumpletuhin ninyo ng iyong (mga) tagasuporta ang form na ito. Kung tumatanggap ka ng suporta mula sa maraming tao, kailangang kumpletuhin ng bawat tao ang "Bahagi B" ng form na ito.

Bahagi A: Kukumpletuhin ng pasyente/guarantor:

Ako, si _____, ay nagpapahayag na kasalukuyan akong nakatira sa
(Pangalan ng Pasyente/Guarantor)

(Address)

Sinusuportahan ako ni _____ (Pangalan ng Tagasuporta) _____ (Kaugnayan)

Ipinagkakaloob ng (mga) tagasuporta ang mga sumusunod: (Pakilagyan ng tsek ang lahat ng naaangkop)

[] Bahay [] Pagkain [] Pera [] Iba pang gastusing pang-araw-araw

Lagda ng Pasyente/Guarantor

Petsa

Bahagi B I: Kukumpletuhin ng tagasuporta:

Ako, si _____, ay nagpapahayag na kasalukuyan kong binibigyan si
(Pangalan ng Tagasuporta)

_____, ng mga sumusunod:
(Pangalan ng Pasyente/Guarantor)

(Pakilagyan ng tsek ang lahat ng naaangkop)

[] Bahay [] Pagkain [] Pera [] Iba pang gastusing pang-araw-araw

Kung pera, kabuuang perang naibigay: _____ (Halaga)
(Ngayong buwan na ito)

_____ (Halaga)
(Nakaraang buwan)

_____ (Halaga)
(Nakaraang dalawang buwan)

Lagda ng Tagasuporta

Petsa

Bahagi B II: Kukumpletuhin ng tagasuporta:

Ako, si _____, ay nagpapahayag na kasalukuyan kong binibigyan si
(Pangalan ng Tagasuporta)

_____, ng mga sumusunod:
(Pangalan ng Pasyente/Guarantor)

(Pakilagyan ng tsek ang lahat ng naaangkop)

Bahay Pagkain Pera Iba pang gastusing pang-araw-araw

Kung pera, kabuuang perang naibigay: _____ (Halaga)
(Ngayong buwan na ito)

_____ (Halaga)
(Nakaraang buwan)

_____ (Halaga)
(Nakaraang dalawang buwan)

Lagda ng Tagasuporta

Petsa

Bahagi B III: Kukumpletuhin ng tagasuporta:

Ako, si _____, ay nagpapahayag na kasalukuyan kong binibigyan si
(Pangalan ng Tagasuporta)

_____, ng mga sumusunod:
(Pangalan ng Pasyente/Guarantor)

(Pakilagyan ng tsek ang lahat ng naaangkop)

Bahay Pagkain Pera Iba pang gastusing pang-araw-araw

Kung pera, kabuuang perang naibigay: _____ (Halaga)
(Ngayong buwan na ito)

_____ (Halaga)
(Nakaraang buwan)

_____ (Halaga)
(Nakaraang dalawang buwan)

Lagda ng Tagasuporta

Petsa

Form ng Pagpapatunay sa Kita para sa Kawalan ng Trabaho (Unemployment Income Verification Form, F3) para sa Pasyente na Nag-a-apply para sa Tulong Pinansiyal

Kung tumatanggap ka ng mga benepisyo para sa kawalan ng trabaho, kailangang makumpleto ang form na ito upang maipasya ang pagiging karapat-dapat sa aming Programang Pinansiyal na Tulong. Mangyaring kumpletuhin ang Bahagi A ng form na ito at ipakumpleto ang Bahagi B sa isang awtorisadong kinatawan ng Unemployment Office.

Bahagi A: Kukumpletuhin ng tao na tumatanggap ng mga benepisyo para sa kawalan ng trabaho

Pangalan: _____ Social Security#: _____

Address: _____ # ng Telepono: _____

Sa pamamagitan nito pinahihintulutan ko ang Department of Labor & Industrial Relations, Unemployment Insurance Division na maglabas ng impormasyon tungkol sa aking mga benepisyo para sa kawalan ng trabaho. Gagamitin ang impormasyong ito para lamang sa layuning pagpapasya ng pagiging karapat-dapat sa Programang Tulong Pinansiyal ng Hawaii'i Pacific Health.

Lagda ng tao na tumatanggap ng mga benepisyo para sa kawalan ng trabaho _____

Petsa

Bahagi B: Kukumpletuhin ng kinatawan para sa Estado ng _____

Department of Labor & Industrial Relations, Unemployment Insurance Division.

Impormasyon ng Benepisyo para sa Kawalan ng Trabaho

Lingguhang halaga ng benepisyo: _____

Pinakamalaking karapat-dapat na benepisyo: _____

Pagsisimula ng taon ng benepisyo: _____

Pagtatapos ng taon ng benepisyo: _____

Iprint ang Pangalan: _____ Titulo: _____

Numerong Tatawagan: _____

Lagda ng kinatawan _____

Petsa