

Buod ng Pananalapi

Impormasyon at Instruction Sheet

Paano ako mag-a-apply para sa Tulong?

Maaari kang mag-apply para sa tulong sa pamamagitan ng pagsagot sa Buod ng Pananalapi.

Ano ang gagawin ko sa Buod ng Pananalapi pagkatapos punan ang lahat ng impormasyon?

Puwede mong:

- 1) Ipadala sa mail sa Driscoll Children's Hospital,
Attn: Admitting Office 1st Floor
P.O. Box 6530
Corpus Christi, Texas 78466
o
- 2) O maaari mo itong ihulog sa Admitting Office na matatagpuan sa unang palapag ng ospital sa likod ng bilihan ng regalo anumang araw mula 7:00 a.m. hanggang 8:00 p.m..

Kailangan ko bang magbigay ng anumang impormasyon sa aking aplikasyon?

Oo. Magbigay ng kopya ng valid ID o Lisensiya ng Drayber sa Texas, pagpapatunay ng kita sa pamamagitan ng anumang dokumentong nakalista sa ibaba.

1	IRS Form W-2	8	Pagpapatunay ng Employer
2	Paycheck Remittance	9	Statement ng Bangko
3	Buwis	10	Nakasulat na Pagpapatunay
4	Social Security	13	Iba pa
5	Workers' Comp		
6	Liham na Naghahayag ng Kawalan ng Trabaho		
7	Programang ng Gobyerno sa Pederal na Kita		

Kailan ko malalaman kung makatatanggap ako ng tulong sa aking bayarin sa ospital?

Maaari kang makipag-ugnayan sa amin sa (361) 694-4758.

Magbabayad ba ang Tulong Pinansyal sa Doktor at anumang iba pang mga bayarin para sa pagbisitang ito?

Hindi. Hindi babayaran ng Tulong Pinansyal ng Driscoll Children's Hospital ang para sa Bayarin sa Doktor, pagbasa ng X-ray, at Ancillary Service. Anumang reseta o serbisyong hindi natanggap sa Driscoll Children's Hospital ay hindi sasaklawin.

Kung hindi ako nakatanggap ng abiso at kailangan kong dalhin ang anak ko sa Driscoll, maaasikaso ba ang anak ko?

Oo. Maasikaso ang anak mo. Habang nasa ospital, maaari kang makipag-usap sa isang pinansyal na tagapayo sa Admitting Office o sa ED discharge desk para magtanong tungkol sa status ng aplikasyon mo.

Buod ng Pananalapi

IMPORMASYON NG APLIKANTE:

Pangalan _____ Kasarian Lalaki Babae

 Apelyido Pangalan Gitnang Pangalan
 Kaugnayan sa Pasyente?: Pasyente Tatay Nanay Tagapagbantay

Numero ng Telepono: (_____) _____ - _____

Sino ang legal na responsable para sa pangangalagang medikal ng pasyente? Tatay Nanay Pareh Tagapagbantay: _____

MGA MIYEMBRO NG SAMBAHAYAN:

Pangalan	Petsa ng Kapanganakan	Kaugnayan sa	Social Security

IMPORMASYON NG PASYENTE:

Pangalan _____ lalaki babae

 Apelyido Pangalan Gitnang Pangalan
 Social Security #: _____ - _____ - _____ Petsa ng Kapanganakan: buwan _____ araw _____ taon _____ Lugar ng
 Kapanganakan: Lungsod/Estado Bansa: _____
 Legal na residente ka ba ng Texas?: Hindi Oo Kung hindi?: Visa ng dumadalaw Visa ng Estudyante May pahintulot
 na magtrabaho
 May Insurance ba ang Pasyente? Wala Mayroon – Magbigay ng kopya ng insurance card
 Kung mayroon, sa pamamagitan nino: Parehong Magulang Nanay Tatay Pasyente Iba pa
 Kung iba pa, ibigay ang pangalan at kaugnayan sa pasyente:

IMPORMASYON NG MAGULANG/TAGAPAGBANTAY NG PASYENTE:

BUONG PANGALAN NG TATAY

_____ Buhay pa Legal na residente ka ba ng Texas? Oo Hindi
 _____ Patay na Address kung iba sa pasyente:
 _____ Kasal
 _____ Walang asawa Kalye: _____
 _____ Hiwalay
 _____ Diborsiyado Lungsod: _____
 _____ Biyudo
 _____ Estado: _____ Zip Code: _____
 Petsa ng Kapanganakan: Buwan _____ Araw _____ Taon _____
 Numero ng Telepono: (_____) _____ - _____ Numero ng Telepono ng Negosyo: (_____) _____
 Trabaho: _____
 Pangalan ng Employer: _____ Tagal ng Pagtatrabaho: _____
 Emp. Address: _____ Lungsod: _____ Zip: _____ Numero ng telepono: _____
 Kabuoang Kita: \$ _____ kada araw. \$ _____ kita bawat oras Bilang ng oras na nagtatrabaho bawat linggo: _____
 Suweldo – exempt Walang Suweldo – nonexempt Iba pa Bayad? Lingguhan Kinsenas-katapusan Buwanan Taunan

Buod ng Pananalapi

BUONG PANGALAN NG NANAY			<input type="checkbox"/> Buhay pa	Legal na residente ka ba ng Texas? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
			<input type="checkbox"/> Patay na	Address kung iba sa pasyente:
			<input type="checkbox"/> Kasal	
			<input type="checkbox"/> Walang asawa	Kalye:.....
			<input type="checkbox"/> Hiwalay	
			<input type="checkbox"/> Diborsiyado	Lungsod:.....
			<input type="checkbox"/> Biyudo	
Apeyido _____ Pangalan _____ Gitnang Pangalan _____			Estado: _____ Zip Code: _____	
Numero ng Social Security:				
Petsa ng Kapanganakan: Buwan----- Araw ----- Taon -----				
Numero ng Telepono: (_____) _____ - _____ Numero ng Telepono ng Negosyo: (_____) ----- _____				
Trabaho: _____				
Pangalan ng Employer: _____ Tagal ng Pagtatrabaho: _____				
Emp. Address: _____ Lungsod: _____ Zip: _____ Numero ng telepono: _____				
Kabuoang Kita: \$ _____ kada araw. \$ _____ kita bawat oras Bilang ng oras na nagtatrabaho bawat 3ingo: _____				
<input type="checkbox"/> Suweldo – exempt <input type="checkbox"/> Walang Suweldo – nonexempt <input type="checkbox"/> Iba pa Bayad? <input type="checkbox"/> Lingguhan <input type="checkbox"/> Kinsenas-katapusan <input type="checkbox"/> Buwanan <input type="checkbox"/> Taunan				

BUONG PANGALAN NG TAGAPAGBANTAY			<input type="checkbox"/> Buhay pa	Legal na residente ka ba ng Texas? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
			<input type="checkbox"/> Patay na	Address kung iba sa pasyente:
			<input type="checkbox"/> Kasal	
			<input type="checkbox"/> Walang asawa	Kalye:.....
			<input type="checkbox"/> Hiwalay	
			<input type="checkbox"/> Diborsiyado	Lungsod:.....
			<input type="checkbox"/> Biyudo	
Apeyido _____ Pangalan _____ Gitnang Pangalan _____			Estado: _____ Zip Code: _____	
Numero ng Social Security:				
Petsa ng Kapanganakan: Buwan----- Araw ----- Taon -----				
Numero ng Telepono: (_____) _____ - _____ Numero ng Telepono ng Negosyo: (_____) ----- _____				
Trabaho: _____				
Pangalan ng Employer: _____ Tagal ng Pagtatrabaho: _____				
Emp. Address: _____ Lungsod: _____ Zip: _____ Numero ng telepono: _____				
Kabuoang Kita: \$ _____ kada araw. \$ _____ kita bawat oras Bilang ng oras na nagtatrabaho bawat linggo: _____				
<input type="checkbox"/> Suweldo – exempt <input type="checkbox"/> Walang Suweldo – nonexempt <input type="checkbox"/> Iba pa Bayad? <input type="checkbox"/> Lingguhan <input type="checkbox"/> Kinsenas-katapusan <input type="checkbox"/> Buwanan <input type="checkbox"/> Taunan				

MEDICAID AT IBA PANG BENEPISYO:

Saklaw ba ng Medicaid ang pasyente? <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/> Oo	Kung oo, ano ang numero ng Medicaid ng pasyente?: _____	Numero ng Medicaid ng nanay?: _____
Saklaw ba ng Medicare ang pasyente? <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/> Oo	Kung oo, ano ang numero ng Medicare?: _____	
Tingnan ang iba pang mga benepisyonang natatanggap: <input type="checkbox"/> Halaga ng mga Food Stamp\$: _____ <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> Iba pa: _____		
Ang pasyente ba o ibang miyembro ng sambahayan ay tumatanggap ng mga benepisyo mula sa ibang programa, mga aktibidad sa pangangalap ng pondo, mga espesyal na charity, mga regalo, at/o mga donasyon?: <input type="checkbox"/> Hindi		
<input type="checkbox"/> Oo Kung oo, pakilista:		
1. _____	Amt\$:	_____
2. _____	Amt\$:	_____

Buod ng Pananalapi

IBA PANG PINAGMUMULAN NG KITA: Lagyan ng tsek ang Oo o Hindi sa bawat item at ilagay ang halaga kung ang sagot ay oo

Uri	Hindi	Oo	Kung Oo, \$ Natanggap / bawat buwan	Uri	Hindi	Oo	Kung Oo, \$ Natanggap / bawat buwan
Suporta sa anak				Unemployment Comp			
Social Security				Pinaparentang Pag-aari			
Social Security Disability/SSI				Kita sa Kapansanan			
Benepisyo ng mga Survivor sa Social Security				TANF			
Workman's Compensation				Iba pa			

KALAGAYAN NG PAMUMUHAY: (magtsek ng isa)

Sariling bahay Nangungupahan Nakatira sa Kaibigan / Kamag-anak Walang permanenteng Address

BUWANANG GASTUSIN:

Gastusin	Bayad	Halaga ng Pag-aari	Gastusin	Bayad	Halagang Babayaran
Pabahay			Tagapag-alaga		
Tubig/gas/kuryente			Sasakyan		
Pagkain			Insurance ng sasakyan		
Bayad utang			Kabuuan		

HALAGA NG MGA ASSET:

1	Mayroon ka bang ibang real estate (hindi kasama ang bahay mo)?	<input type="checkbox"/> Hindi	<input type="checkbox"/> Oo	Kung oo, magkano ang kasalukuyang halaga?	\$
2	May bukirin ka ba?	<input type="checkbox"/> Hindi	<input type="checkbox"/> Oo	Kung oo, ano ang kasalukuyang halaga sa merkado?	\$
3	Checking Account?	<input type="checkbox"/> Hindi	<input type="checkbox"/> Oo	Kung oo, ano ang pangalan ng bangko?	
4	Savings Account?	<input type="checkbox"/> Hindi	<input type="checkbox"/> Oo	Kung oo, ano ang pangalan ng bangko?	
5	Cash value ng insurance sa buhay?	<input type="checkbox"/> Hindi	<input type="checkbox"/> Oo	Kung oo, pangalan ng Insurance	
6	Sasakyan? <input type="checkbox"/> Wala <input type="checkbox"/> Mayroon	Klase	Modelo	Taon	Halagang Babayaran
7	Kung mayroon, ilarawan ang Klase/Modelo/Taon/Halagang Babayaran>>>				
8	Kung mayroon, ilarawan ang Klase/Modelo/Taon/Halagang Babayaran>>>				

Tantiyahin ang halaga ng medikal na bayarin sa **NAKARAANG TATLONG BUWAN:** \$ _____

KANINO KAMI MAKIKIPAG-UGNAYAN KUNG KAILANGAN KA NAMIN?

Pangalan: _____ Numero ng telepono: _____

SERTIPIKASYON AT PAGLALABAS NG IMPORMASYON

Sa pamamagitan nito, pinatutunayan ko na ang impormasyon sa itaas ay tama. Ibinibigay ko rin sa Driscoll Children's Hospital ang pahintulot ko na maglabas ng anumang medikal o pinansyal na impormasyon, na maaaring tumulong sa ospital na makahanap ng tulong sa pagbabayad ng mga bayarin sa pagka-ospital ng aking anak.

Lagda ng Magulang/Tagapagbantay: X _____ Petsa: _____

X _____ Petsa: _____

Para Lang sa Opisina: Pangalan ng Tagasuri:

Kuwalipikado? Hindi Oo _____ %