

Mga Tagubilin sa Application Form para sa Pangangalaga sa Kawanggawa/Tulong Pinansyal

Ito ay isang aplikasyon para sa tulong pinansyal (kilala rin bilang pangangalaga sa kawanggawa) sa Swedish Health Services.

Ang batas ng pederal at estado ay nangangailangan ng lahat ng mga ospital na magbigay ng tulong pinansiyal sa mga tao at pamilya na nakakatugon sa ilang mga kinakailangan sa kita. Maaari kang maging kwalipikado para sa libreng pangangalaga o diskwento na pangangalaga batay sa laki at kita ng iyong pamilya, kahit na mayroon kang seguro sa kalusugan. Upang matingnan ang aming patakaran sa tulong pinansyal at mga patnubay sa slide scale, mangyaring pumunta sa website ng ospital mula sa <https://www.swedish.org/patient-financial-visitor-info/billing/financial-assistance>.

Ano ang saklaw ng tulong pinansiyal? Ang tulong pinansiyal ay sumasaklaw sa medikal na kinakailangang pangangalaga na ibinigay ng isa sa aming mga ospital o klinika sa loob ng aming pamilya ng mga organisasyon depende sa iyong pagiging karapat -dapat. Ang tulong pinansiyal ay maaaring hindi masakop ang lahat ng mga gastusin sa pangangalaga sa kalusugan, kabilang ang mga serbisyo na ibinigay ng iba pang mga samahan.

Kung mayroon kang mga katanungan o kailangan ng tulong sa pagkumpleto ng aplikasyon na ito: Ang aming mga patakaran sa tulong pinansyal, impormasyon tungkol sa mga programa, at ang mga materyales sa aplikasyon ay available sa aming website o sa pamamagitan ng telepono. Maaari kang makakuha ng tulong para sa anumang kadahilanan, kabilang ang sa pagkabaldado at tulong sa wika. Available ang mga isinalin na mga nakasulat na dokumento kapag hiniling. Narito kung paano makipag-ugnayan sa amin: <https://www.swedish.org/patient-financial-visitor-info/billing/financial-assistance> Customer Service Representatives sa: 206-320-5300 o 877-406-0438
Lun-Biy 8am hanggang 6pm

Upang maproseso ang iyong aplikasyon, dapat kang:

- Magbigay sa amin ng impormasyon tungkol sa iyong pamilya**
Punan ang bilang ng mga miyembro ng pamilya sa iyong sambahayan (kasama sa pamilya ang mga taong may kaugnayan sa kapanganakan, kasal, o pag -aampon na nakatira nang magkasama)
- Bigyan kami ng impormasyon tungkol sa gross o kabuuang buwanang kinikita ng iyong pamilya (kita bago ang mga buwis at pagbabawas) upang isama ang mga pay stubs, W-2 form, pagbabalik ng buwis, mga kasulatan ng Social Security, at mga pahayag para sa kita na nagmumula sa mga pag-aari, at ideklara at nagbibigay ng dokumentasyon para sa pag-aari.¹ (tingnan ang Seksyon ng Kinikita sa aplikasyon ng tulong pinansyal para sa higit pang mga halimbawa)**
- Maglakip ng karagdagang impormasyon kung kinakailangan**
- Lagdaan at lagyan ng petsa ang form ng tulong pinansyal**

Tandaan: Hindi mo kailangang magbigay ng numero ng Social Security upang mag-apply para sa tulong pinansyal. Kung ibibigay mo sa amin ang iyong numero ng Social Security, ang iyong numero ng Social Security ay maaaring gamitin upang makilala ka o gamitin upang i-verify ang impormasyong ibinigay sa amin. Kung wala kang numero ng Social Security, mangyaring markahan ang "hindi naaangkop" o "NA."

I-mail ang nakumpletong aplikasyon kasama ang lahat ng dokumentasyon sa: Swedish Medical Center, Attn:

¹ Maliban sa maaaring ipagbabawal ng batas ng estado, ang Providence ay mangongolekta at isasaalang-alang ang impormasyon na may kaugnayan sa mga asset ayon sa kinakailangan ng Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) para sa pag-uulat ng gastos sa Medicare.



Corporate Business Office, 747 Broadway, Seattle, WA 98122 UNITED STATES OF AMERICA. Siguraduhing magtago ng kopya para sa iyong sarili.

Upang isumite nang personal ang iyong nakumpletong aplikasyon: Dalhin sa iyong pinakamalapit na Opisina ng Tagapayo sa Pinansyal ng Ospital. Aabisuhan ka namin ng panghuling pagpapasiya ng pagiging karapat-dapat at mga karapatan sa apela, kung naaangkop, sa pagitan ng 14 at 30 araw ng pagtanggap ng kumpletong aplikasyon para sa tulong pinansyal, kabilang ang dokumentasyon ng kita.

Sa pamamagitan ng pagsusumite ng aplikasyon sa tulong pinansyal, ibinibigay mo ang iyong pahintulot para sa amin na magsagawa ng mga kinakailangang katanungan upang kumpirmahin ang mga obligasyon at impormasyon sa pananalapi.

Nais naming tumulong. Mangyaring isumite kaagad ang iyong aplikasyon. Maaari kang magpatuloy na makatanggap ng mga billing statement hanggang sa matanggap namin ang iyong kumpletong aplikasyon at kinakailangang dokumentasyon maliban kung ipinagbabawal ng mga batas sa pangangalaga sa kawanggawa ng iyong estado.



SWEDISH

Extraordinary care. Extraordinary caring.™

Form ng Aplikasyon para sa Pangangalaga sa Kawanggawa/Tulong Pinansyal – kumpidensyal

Mangyaring punan ang lahat ng impormasyon nang buo. Kung hindi ito naaangkop, isulat ang "NA." Maglakip ng mga karagdagang pahina kung kinakailangan.

IMPORMASYON SA PAG-SCREEN

Kailangan mo ba ng interpreter? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi <i>Kung Oo, ilista ang gustong wika:</i>
Nag-apply ba ang pasyente para sa Medicaid? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi Bulag ba ang pasyente? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi May Kapansanan ba ang pasyente? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
Tumatanggap ba ang pasyente ng mga pampublikong serbisyo ng estado tulad ng TANF, Basic Food, o WIC? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
Ang pasyente ba ay kasalukuyang walang tirahan? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
May kaugnayan ba ang pangangailangang medikal ng pasyente sa isang aksidente sa sasakyan o pinsala sa trabaho? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi

PAALALA

- Hindi namin magagarantiya na magiging kwalipikado ka para sa tulong pinansyal, kahit na mag-aapply ka.
- Sa sandaling ipadala mo ang iyong aplikasyon, maaari naming suriin ang lahat ng impormasyon at maaaring humingi ng karagdagang impormasyon o patunay ng kita.
- Sa loob ng 14-30 araw pagkatapos naming matanggap ang iyong kumpletong aplikasyon at dokumentasyon, aabisuhan ka namin tungkol sa aming pagpapasiya.

IMPORMASYON NG PASYENTE AT APLIKANTE

Pangalan ng pasyente	Panggitnang pangalan ng pasyente		Apelyido ng pasyente
<input type="checkbox"/> Lalaki <input type="checkbox"/> Babae <input type="checkbox"/> Iba pa (maaaring tukuyin_____)	Araw ng Kapanganakan		Patient Social Security Number (opsyonal)
Taong Responsable sa Pagbabayad ng Bill	Relasyon sa Pasyente	Araw ng Kapanganakan	Social Security Number (opsyonal)
Address ng Tirahan _____ _____			(Mga) pangunahing numero sa pakikipag-ugnayan () _____ () _____ Email Address: _____
Lungsod	Estado	Zip Code	

Katayuan sa pagtatrabaho ng taong responsable sa pagbabayad ng bill
 May trabaho (petsa ng pag-kakahire): _____ **Walang trabaho** (gaano katagal na walang trabaho:) _____
 May sariling trabaho **Mag-aaral** **May kapansanan** **Retirado** **Iba pa** _____



SWEDISH

Extraordinary care. Extraordinary caring.™

IMPORMASYON NG PAMILYA

Ilista ang mga miyembro ng pamilya sa iyong sambahayan, kasama ka. Kasama sa "pamilya" ang mga taong nauugnay sa kapanganakan, kasal, o pag-ampon na magkasamang nakatira.

LAKI NG PAMILYA _____

Maglakip ng karagdagang pahina kung kinakailangan

Pangalan	Petsa ng Kapanganakan	Relasyon sa Pasyente	Kung 18 taong gulang o mas matanda: Pangalan ng (mga) employer o pinagmumulan ng kinikita	Kung 18 taong gulang o mas matanda: Kabuuang buwanang kinikita (bago ang mga buwis):	Nag-aapply din para sa tulong pinansyal?
					Oo / Hindi
					Oo / Hindi
					Oo / Hindi
					Oo / Hindi

Dapat ibunyag ang lahat ng kita ng miyembro ng pamilyang nasa hustong gulang. Kabilang sa mga mapagkukunan ng kita, halimbawa:

Sahod- Kawalan ng Trabaho-May sariling trabaho-kompensasyon ng trabahador-Kapansanan-Suporta na SSI-Bata/asawa-Mga programa sa pag-aaral sa trabaho (mga mag-aaral)- Kita na nakuha mula sa mga asset halimbawa- mga stock, mga bono, mga IRA, mutual funds, kita sa pag-upa, atbp.

Form ng Aplikasyon para sa Pangangalaga sa Kawanggawa/Tulong Pinansyal – kumpidensyal

IMPORMASYON SA KINIKITA

TANDAAN: Dapat mong isama ang patunay ng kinikita sa iyong aplikasyon.

Dapat kang magbigay ng impormasyon sa kita ng iyong pamilya. Kinakailangan ang pag-verify ng kita upang matukoy ang tulong pinansyal. Dapat ibunyag ng lahat ng miyembro ng pamilya na 18 taong gulang o mas matanda ang kanilang kita. Kung hindi ka makapagbigay ng dokumentasyon, maaari kang magsumite ng nakasulat na nilagdaang pahayag na naglalarawan sa iyong kita. Mangyaring magbigay ng patunay para sa bawat natukoy na mapagkukunan ng kita.

Ang mga halimbawa ng patunay ng kinikita ay kinabibilangan ng:

- Isang "W-2" na withholding statement; o
- Mga kasalukuyang pay stub (3 buwan); o
- Income tax return noong nakaraang taon, kasama ang mga schedule kung naaangkop;
- Mga nakasulat, nilagdaang pahayag mula sa mga employer o iba pa; o
- Mga pahayag ng kita na nakuha mula sa mga asset (mga stock, bono, IRA, mutual funds, atbp); o
- Pag-apruba/pagtanggi sa pagiging karapat-dapat para sa kabayaran sa kawalan ng trabaho.

Kung wala kang patunay ng kita o walang kita, mangyaring mag-attach ng karagdagang pahina na may paliwanag.

IMPORMASYON SA GASTUSIN

Ginagamit namin ang impormasyong ito upang makakuha ng mas kumpletong larawan ng iyong sitwasyon sa pananalapi.

Buwanang Kinakailangang Gastusin sa Pamumuhay:

Pag-upa/mortgage o pag-sangla \$_____ Mga
gastusing medikal \$_____
MedicallInsurancePremiums \$_____ Mga utility \$_____
Iba pang Utang/Mga gastusin \$_____ (suporta sa bata, mga pautang, gamot, iba pa)

IMPORMASYON NG ASSET

Ang impormasyong ito ay maaari lamang gamitin alinsunod sa aming patakaran at sa mga regulasyon ng Estado kung saan nakatanggap ka ng pangangalaga at kinokolekta at isinasaalang-alang bilang kinakailangan ng Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) para sa pag-uulat ng gastos sa Medicare.

Kasalukuyang balanse ng checking account

\$_____

Kasalukuyang balanse ng savings account

\$_____

Mayroon ba ang iyong pamilya ng iba pang mga ari-arian? **Pakipili ang lahat ng naaangkop**

Mga Stock Mga Bond 401K (mga) Health Savings Account (mga) Trust

Ari-arian (hindi kasama ang pangunahing tirahan) May sariling negosyo

KARAGDAGANG IMPORMASYON

Mangyaring maglakip ng karagdagang pahina kung may iba pang impormasyon tungkol sa iyong kasalukuyang sitwasyon sa pananalapi na nais mong malaman namin, gaya ng kahirapan sa pananalapi, labis na gastusin sa medikal, pana-panahon o pansamantalang kita, o personal na kawalan.



SWEDISH

Extraordinary care. Extraordinary caring.™

KASUNDUAN NG PASYENTE

Naiintindihan ko na ang Swedish Health Services ay maaaring mag-verify ng impormasyon sa pamamagitan ng pagrereview sa impormasyon ng credit at pagkuha ng impormasyon mula sa iba pang mga mapagkukunan upang tumulong sa pagtukoy ng pagiging karapat-dapat para sa tulong pinansyal o mga plano sa pagbabayad.

Pinatutunayan ko na ang impormasyon sa itaas ay totoo at tama sa abot ng aking kaalaman. Nauunawaan ko kung ang impormasyong pampinansyal na ibinibigay ko ay natukoy na hindi totoo, ang resulta ay maaaring pagtangga sa tulong pinansyal, at ako ay may pananagutan at inaasahang babayaran para sa mga serbisyong ibinigay.

Lagda ng Taong Nag-aapply

Petsa