

## Kahilingan para sa Kawanggawang Pangangalaga/Pinansiyal na Tulong

Minamahal na Pasyente at Pamilya:

Bilang pagsunod sa misyon at puso ng mga simulain nito, masugid kaming nakalaan na magbigay ng pangangalagang pangkalusugan para sa mga tao nang walang pagsasaalang-alang sa kanilang kakayahang magbayad.

### **Ang Aming Kawanggawang Pangangalaga/Pinansiyal na Tulong:**

Maaaring mahirap bayaran ang mga medikal na bayarin. Ang mga pasyenteng hindi kayang magbayad para sa lahat o bahagi ng kanilang mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan ay maaaring mag-aplay para sa pinansiyal na tulong sa pamamagitan ng pagkumpleto at pagbabalik ng form na ito. Ang mga pasyente at pamilyang nakatutugon sa mga tiyak na kinakailangan sa kita ay maaaring maging karapat-dapat para sa libreng pangangalaga o pangangalagang pinababa ang halaga batay sa laki at kita ng kanilang pamilya, kahit na may segurong pangkalusugan ka.

Para makita ang aming patakaran sa pinansiyal na tulong at ang mga panuntunan sa sliding scale (bayarin ayon sa kaya), mangyaring pumunta sa website ng tinitirahang Estado:

<http://www.swedish.org/patient-visitor-info/billing/financial-assistance>

**Ano ba ang sinasaklaw ng pinansiyal na tulong?** Sinasaklaw ng pinansiyal na tulong ang mga medikal na kinakailangang serbisyo na ibinibigay sa pamamagitan ng isa sa aming mga ministeryo, depende sa iyong pagiging karapat-dapat. Maaaring hindi saklawin ng pinansiyal na tulong ang lahat ng gastos sa pangangalagang pangkalusugan, kasama ang mga serbisyong ibinigay sa pamamagitan ng iba pang organisasyon.

**Kung may mga katanungan ka o kailangan ng tulong sa pagkumpleto ng aplikasyong ito:** Ang aming mga patakaran sa pinansiyal na tulong, impormasyon tungkol sa mga programa, at mga kailangan sa paggawa ng aplikasyonay makukuha sa aming website o sa pamamagitan ng telepono. Maaari kang kumuha ng tulong para sa anumang dahilan, kasama ang tulong sa disabilidad at wika.

Narito kung paano makikipag-ugnayan sa amin:

<http://www.swedish.org/patient-visitor-info/billing/financial-assistance>

Mga Kinatawan ng Customer Service sa: 206-320-5300 o 877-406-0438 Lunes - Biyernes 8:00am hanggang 6:00pm

### **Upang maiproseso ang iyong aplikasyon, dapat kang magbigay ng:**

- Impormasyon tungkol sa iyong pamilya**  
Ilagay ang bilang ng mga miyembro ng pamilya sa iyong sambahayan (kasama sa pamilya ang mga taong magkakaugnay sa pamamagitan ng pagsilang, pagpapakasal, o pag-ampon na magkakasama sa tirahan)
- Impormasyon tungkol sa kabuuang buwanang kita ng pamilya** (kita bago ang mga buwis at babawasin)
- Ideklara ang mga pag-aari** (tulad ng nakalista sa form ng aplikasyon para sa pinansiyal na tulong)
- Maglakip ng karagdagang impormasyon kung kinakailangan**
- Lagdaan at petsahan ang form ng pinansiyal na tulong**

### **\*\*Kinakailangan ang Beripikasyon ng Pinagmumulan ng Kita\*\***

**Mangyaring isumite kasama ng iyong aplikasyon ang mga kopya ng mga sumusunod na dokumento:**

- 3 buwang pay stub sa trabaho
- Kamakailan lamang nai-file na tax return para sa lahat ng miyembro ng pamilya
- Mangyaring magbigay ng patunay ng anumang iba pang pinagmumulan ng kita tulad ng nakalista sa form ng aplikasyon para sa pinansiyal na tulong

**Tandaan: Hindi mo kailangang magbigay ng numero ng Social Security upang mag-aplay para sa pinansiyal na tulong.** Kung ibinigay mo sa amin ang iyong numero ng Social Security makatutulong ito na mapabilis ang pagpoproseso ng iyong aplikasyon. Ang mga numero ng Social Security ay ginagamit para beripikahin ang impormasyong ibinigay sa amin. Kung wala kang numero ng Social Security, mangyaring markahan ng “not applicable” (“hindi angkop”) o “NA.”

**Ipakoreo ang kinumpletong aplikasyon kasama ang lahat ng dokumento sa** (tiyakin na magtabi ng kopya para sa iyong sarili):

<http://www.swedish.org/patient-visitor-info/billing/financial-assistance>

Swedish Medical Center

Attn: Corporate Business Office

747 Broadway, Seattle WA 98122

**Para personal na isumite ang iyong kinumpletong aplikasyon:** Dalhin sa iyong pinakamalapit na Hospital Cashier Office (Tanggapan ng Kahera ng Ospital)

Ipagbibigay-alam namin sa iyo ang huling pasiya ng pagiging karapat-dapat at mga karapatan sa pag-apela, kung angkop, sa loob ng 14 na araw sa kalendaryo pagkatanggap ng kumpletong aplikasyon para sa pinansiyal na tulong, kasama ang mga dokumento ng kita.

Sa pagsusumite ng aplikasyon para sa pinansiyal na tulong, ibinibigay mo ang iyong pahintulot para magsagawa kami ng mga kinakailangang pagtatanong upang kumpirmahin ang mga pinansiyal na obligasyon at impormasyon.

**Gusto naming makatulong. Mangyaring isumite ang iyong aplikasyon nang maagap!  
Maaaring may matanggap kang mga bayarin hanggang sa  
matanggap namin ang iyong impormasyon.**

# Form ng Aplikasyon para sa Kawanggawang Pangangalaga/Pinansiyal na Tulong – kompidensiyal

Mangyaring punan ang lahat ng impormasyon nang kumpleto. Kung hindi ito angkop, isulat ang "HA."

Maglakip ng mga karagdagang pahina kung kinakailangan.

## PANG-SCREEN NA IMPORMASYON

Kailangan mo ba ng interpreter?  Oo  Hindi Kung Oo, ilaran ang gustong wika:

Nakapag-aplay na ba ang pasyente para sa Medicaid?  Oo  Hindi Maaaring kailangang mag-aplay bago maisaalang-alang para sa pinansiyal na tulong

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

Ang pasyente ba ay walang tahanan sa kasalukuyan?  Oo  Hindi

Nauugnay ba sa isang aksidente sa sasakyan o pinsala sa trabaho ang pangangailangan ng pasyente ng medikal na pangangalaga?  Oo  Hindi

## PAKITANDAAN

- Hindi namin magagarantiyahan na magiging karapat-dapat ka para sa pinansiyal na tulong, kahit na nag-aplay 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 na araw sa kalendaryo pagkatapos naming matanggap ang iyong kumpletong aplikasyon at dokumento, ipagbibigay-alam namin sa iyo kung karapat-dapat ka para sa tulong.

## IMPORMASYON NG PASYENTE AT APLIKANTE

Pangalan ng pasyente	Gitnang pangalan ng pasyente		Apelyido ng pasyente
<input type="checkbox"/> Lalaki <input type="checkbox"/> Babae <input type="checkbox"/> Iba pa (maaaring tukuyin _____)	Petsang Kapanganakan		Numero ng Social Security (opsyonal*)  <i>*opsyonal, nguni't kinakailangan para sa mas bukas-palad na tulong sa ibabaw ng mga kinakailangan ng batas ng estado</i>
Taong Responsable sa Pagbabayad ng Bayarin	Kaugnayan sa Pasyente	Petsang Kapanganakan	Numero ng Social Security (opsyonal*)  <i>*opsyonal, nguni't kinakailangan para sa mas bukas-palad na tulong sa ibabaw ng mga kinakailangan ng batas ng estado</i>
Address Pangkoreo _____			(Mga) Pangunahing numero sa pakikipag-ugnayan ( ) _____ ( ) _____
Lungsod	Estado	Zip Code	Email Address: _____
Katayuan sa hanapbuhay ng taong responsable para sa pagbabayad ng bayarin <input type="checkbox"/> <b>May Hanapbuhay</b> (petsa ng pagtanggap: _____) <input type="checkbox"/> <b>Walang Hanapbuhay</b> (gaano katagal nang walang hanapbuhay: _____) <input type="checkbox"/> <b>May Sariling Hanapbuhay</b> <input type="checkbox"/> <b>Estudyante</b> <input type="checkbox"/> <b>May Disabilidad</b> <input type="checkbox"/> <b>Retirado</b> <input type="checkbox"/> <b>Iba pa</b> (_____)			

## IMPORMASYON NG PAMILYA

Ilista ang mga miyembro ng pamilya sa iyong sambahayan, kasama ka. Kasama sa "pamilya" ang mga taong magkakaugnay sa pamamagitan ng pagsilang, pagpapakasal, o pag-ampon na magkakasama sa tirahan.

LAKI NG PAMILYA \_\_\_\_\_

Maglakip ng karagdagang pahina kung kinakailangan

Pangalan	Petsa ng Kapanganakan	Kaugnayan sa Pasyente	Kung 18 taong gulang o mas matanda pa: Pangalan ng (mga) employer o pinagmumulan ng kita	Kung 18 taong gulang o mas matanda pa: Kabuuang buwanang kita (bago ang mga buwis):	Nag-aaplay din para sa pinansiyal na tulong?
					Oo / Hindi
					Oo / Hindi
					Oo / Hindi
					Oo / Hindi

**Dapat ideklara ang kita ng lahat ng miyembro ng pamilya na nasa hustong gulang. Kasama sa mga pinagmumulan ng kita ang, halimbawa:**  
 - Wages (Mga suweldo) - Unemployment (Kawalan ng hanapbuhay) - Self-employment (Sariling hanapbuhay) - Worker's compensation  
 Kabayaran sa manggagawa - Disability - SSI - Child/spousal support (Suporta sa anak/asawa)  
 - Mga programa ng pagtatrabaho at pag-aaral (mga estudyante) - Pensiyon

## Form ng Aplikasyon para sa Kawanggawang Pangangalaga/Pinansiyal na Tulong – kompidensiyal

### IMPORMASYON NG KITA

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

Dapat kang magbigay ng impormasyon tungkol sa kita ng iyong pamilya. Kinakailangan ang beripikasyon ng kita para tiyakin ang pinansiyal na tulong.

**Dapat ideklara ng lahat ng miyembro ng pamilya 18 taong gulang o mas matanda pa ang kanilang kita. Kung hindi ka makapagbibigay ng dokumento, maaari kang magsumite ng isang nakasulat, nilagdaang pahayag na naglalarawan ng iyong kita. Mangyaring magbigay ng patunay para sa bawa't tinukoy na pinagmumulan ng kita.**

**Kasama sa mga halimbawa ng patunay ng kita ang:**

- "W-2" na may withholding statement (listahan ng binabawas); o
- Mga bagong pay stub (3 buwan); o
- Income tax return noong nakaraang taon, kasama ang mga iskediyul kung naaangkop; o
- Mga nakasulat, nilagdaang pahayag mula sa mga employer o iba pang tao; o
- Pag-aproba/pagtatanggi ng pagiging karapat-dapat para sa Medicaid at/o medikal na tulong na pinopondohan ng estado; o
- Pag-aproba/pagtatanggi ng pagiging karapat-dapat para sa pabuya sa kawalan ng hanapbuhay.

Kung wala kang patunay ng kita o walang kita, mangyaring maglakip ng karagdang pahina na may paliwanag.

### IMPORMASYON NG GASTOS

Ginagamit namin ang impormasyong ito para makakuha ng mas kumpletong larawan ng iyong kalagayang pinansiyal.

**Mga Buwanang Gastos ng Sambahayan:**

Renta/sangla	\$ _____	Mga medikal na gastos	\$ _____
Mga Hulog sa Seguro	\$ _____	Tubig, koryente, telepono, atbp.	\$ _____
Iba pang Utang/Gastos	\$ _____	(suporta sa bata, mga utang, gamot, iba pa)	

### IMPORMASYON NG PAG-AARI

Ang impormasyong ito ay maaaring magamit kung ang iyong kita ay mataas sa 200% ng Federal Poverty Guidelines (Mga Panuntunan sa Kahirapan ng Pederal).

Kasalukuyang balanse sa checking account \$ _____	Mayroon bang ganitong iba pang pag-aari ang pamilya mo? <b>Mangyaring tsekan ang lahat ng angkop</b>
Kasalukuyang balanse sa savings account \$ _____	<input type="checkbox"/> Mga Stock <input type="checkbox"/> Mga Bond <input type="checkbox"/> 401K <input type="checkbox"/> (Mga) Account ng Impok Pangkalusugan <input type="checkbox"/> (Mga) Trust <input type="checkbox"/> Ari-arian (hindi kasama ang pangunahing tirahan) <input type="checkbox"/> May sariling negosyo

### KARAGDAGANG IMPORMASYON

Mangyaring maglakip ng karagdang pahina kung may iba pang impormasyon tungkol sa iyong kasalukuyang kalagayan sa pananalapi na gusto mong malaman namin, tulad ng kahirapan sa pananalapi, pana-panahon o pansamantalang kita, o personal na kawalan.

### PAGSANG-AYON NG PASYENTE

Nauunawaan ko na maaaring beripikahin ng Swedish Health Services ang impormasyon sa pamamagitan ng pagrepaso sa impormasyon ng pagkakautang at pagkuha ng impormasyon mula sa iba pang pinagmumulan para makatulong sa pagtiyak ng pagiging karapat-dapat para sa mga plano ng pinansiyal na tulong o pagbabayad.

Pinagtitiyag ko na ang impormasyon sa itaas ay totoo at wasto sa abot ng aking kaalaman. Nauunawaan ko na kung matitiyak na hindi totoo ang ibinigay kong impormasyon, ang magiging resulta ay pagtatanggi ng pinansiyal na tulong, at magkakaroon ako ng pananagutan at inaasahang magbabayad para sa mga ibinigay na serbisyo.

\_\_\_\_\_ Lagda ng Taong Nag-aaplay

\_\_\_\_\_ Petsa