



Aplikasyon sa Programang Tulong Pinansyal ng Ospital
 P.O. Box 670747, Marietta, GA 30066
 Telepono: 470-245-9998

IMPORMASYON NG PASYENTE Residente ng U.S.: Oo Hindi

Numero ng Account: _____ Pangalan ng Pasilidad: _____

Pangalan: _____ SS#: _____ Kaarawan: _____

IMPORMASYON NG TAGARANTIYA AT ASAWA Kasado Diborsivado Hiwalay Balo Solo/Single

Pangalan ng Tagarantiya: _____ SS#: _____ Relasyon sa Pasyente: _____

Kaarawan: ____/____/____ Address ng Tahanan: _____

Telepono #: (____) _____ Iba pang Telepono: (____) _____

Employer 1: _____ Address: _____

Trabaho #: _____ Posisyon: _____ Taunang o Nagtatrabaho ng Buong oras, Part time, o Walang Trabaho
 Oras na Bayad: _____ (bilogan ang isa)

Employer 2: _____ Address: _____

Trabaho #: _____ Posisyon: _____ Taunang o Nagtatrabaho ng Buong oras, Part time, o Walang Trabaho
 Oras na Bayad: _____ (bilogan ang isa)

Pangalan ng Asawa: _____ SS#: _____ Kaarawan: ____/____/____

Employer 1: _____ Address: _____

Trabaho #: _____ Posisyon: _____ Taunang o Nagtatrabaho ng Buong oras, Part time, o Walang Trabaho
 Oras na Bayad: _____ (bilogan ang isa)

Employer 2: _____ Address: _____

Trabaho #: _____ Posisyon: _____ Taunang o Nagtatrabaho ng Buong oras, Part time, o Walang Trabaho
 Oras na Bayad: _____ (bilogan ang isa)

Mga legal na Dependyente (Ilista lamang ang mga dependyente na maaaring maangkin sa iyong pederal na form sa buwis)

Pangalan (Una, Gitnang, Huling)	Kaarawan (mm/dd/yy)	Relasyon	
	/ /		Nag-apply ka ba para sa Medicaid? Oo _____ Hindi _____
	/ /		
	/ /		Kwalipikado ka ba para sa Cobra? Oo _____ Hindi _____
	/ /		

Mga Asset at Iba pang Mga Pinagmumulan ng Kita

Balanse sa Checking: \$ _____ Pangalan ng Banko: _____ Balanse sa Savings: \$ _____ Pangalan ng Banko: _____

Balanse sa Money Market: \$ _____ Pangalan ng Banko: _____ Social Security: \$ _____ Buwanang Pensiyon: \$ _____

Sustento: \$ _____ Suporta sa anak: \$ _____ CDs: _____

Iba pang mga asset, I.e. stocks, bonds, etc. _____ Tipo: _____

Tumatanggap ka ba ng Refund sa Student Loan? Oo Hindi (Bilogan ang isa) Halaga ng Student Refund: \$ _____

Nag-file ka ba para sa pagkalugi sa nakaraang 3 taon? Oo Hindi (Bilogan ang isa) Kung Oo, ilagay ang petsa: ____/____/____

Mayroon ka bang anumang pag-aarkila sa pag-upa? Oo Hindi (Bilogan ang isa) Kung Oo, ano ang buwanang kita? \$ _____

Halaga ng Pag-aari: \$ _____

Ang Wellstar Health System ay nakatuon sa pagbibigay ng tulong pinansyal sa mga pasyente na humingi ng medikal na kinakailangang pangangalaga sa mga Ospital ng Wellstar ngunit may limitado o walang paraan upang magbayad para sa pangangalaga na iyon. Magbibigay ang Wellstar ng pangangalagang pang-emerhensiyang medikal sa lahat ng mga indibidwal, anuman ang kanilang kakayahang magbayad o maging karapat-dapat sa ilalim ng Programang Tulong Pinansyal.

Upang maging kwalipikado para sa tulong pinansyal para sa ospital ng Wellstar, ang pakikipagtulungan sa Wellstar ay kinakailangan sa pagkilala at pagtukoy ng mga alternatibong mapagkukunan ng pagbabayad o saklaw mula sa mga programa sa pampubliko at pribadong pagbabayad. Upang maging kwalipikado para sa tulong pinansyal, kinakailangan ang sumusunod:

Impormasyon sa aplikasyon:

Magsumite ng isang tunay, tumpak, may pirma at kumpletong aplikasyon para sa tulong pinansyal; at

Ang lahat ng mga nag-aaplay para sa Tulong Pinansyal ay dapat magbigay ng katibayan ng kita ng Household Income at Household Asset sa pamamagitan ng pagbibigay ng sumusunod na naaangkop:

Ibigay ang mga sumusunod na dokumento batay sa KASALUKUYANG sitwasyon sa pinansyal:

- Magbigay ng tatlong (3) buwan ng pinakabagong mga stubs ng suweldo o isang pahayag mula sa employer na nagpapatunay sa kabuuang sahod AT ang pinakahuling dalawang (2) buwan ng mga pahayag sa bangko para sa bawat checking, saving, Money market o iba pang account sa bangko o pamumuhunan para sa sambahayan
- Pinakabagong IRS Form 1040 AT IRS W-2/1099 (kung naaangkop) na inilabas noong nakaraang taon upang tumugma sa Form ng IRS 1040 Karagdagang Dokumentasyon (kung naaangkop):
 - Mga nakasulat na pahayag para sa pinakabagong dalawang (2) buwan para sa lahat ng iba pang kita (halimbawa, kabayaran sa kawalan ng trabaho, kapansanan, pagreretiro, pautang ng mag-aaral, sulat ng award mula sa Social Security Office, kasalukuyang ulat ng Profit at Pagkawala para sa lahat ng mga nag-aaplay sa sarili, inutusan ng korte ang alimony dokumentasyon, inutusan ng korte ang dokumentasyon ng suporta sa bata, o Pahayag ng Aktibidad sa Benepisyo ng Kard (TANF), atbp para sa sambahayan)
 - Kung Walang trabaho ng mas mababa sa 3 buwan – Abiso ng Paghihiwalay mula sa Nakaraang Employer
 - Kung Walang trabaho ng mas mataas sa 3 buwan – Wage Inquiry (Kagawaran ng Paggawa)
 - Sulat ng Pagtangga sa kabayaran sa kawalan ng trabaho
 - Dokumentasyon ng mga halaga ng pag-aari, kabilang ang, nang walang limitasyon, mga pahayag sa buwis sa pag-aari, Mga Sertipiko ng Deposit, at iba pang mga pahayag sa pamumuhunan
 - Mga pahayag ng kontribusyon mula sa mga indibidwal na nag-aambag ng kita o mabait na tulong sa pasyente

Walang mga pagbabago o pagbawas sa mga dokumento na pinapayagan.

Ang impormasyong ito ay dapat matanggap sa loob ng 30 araw upang maiproseso ang iyong aplikasyon. Ang mga account na karapat-dapat para sa Tulong Pinansyal na Pagsusuri sa ilalim ng Programang Tulong Pinansyal ng Wellstar Health System ay dapat na nakumpleto ang mga aplikasyon na isinumite sa loob ng 240 araw mula sa unang petsa ng panghuling pahayag sa pagsingil. May karapatan ang Wellstar na hindi maiproseso ang iyong account para sa Programang Tulong Pinansyal, kung hindi sumusunod. Maaari kang makipag-ugnay sa Wellstar sa mga katanungan o para sa tulong sa application na ito sa:

SBO FAP Department, P.O. BOX 670747, Marietta, GA 30066, Numero ng Fax: 770-792-1737 or Numero ng Telepono: 470-245-9998.

Mga Komento:

Hinihiling ko dito na matukoy ng Wellstar ang aking pagiging karapat-dapat para sa Programang Tulong Pinansyal. Naiintindihan ko na ang impormasyon na isusumite ko tungkol sa aking taunang kita at laki ng pamilya ay dapat mapatunayan. Naintindihan ko din na kung ang impormasyong isusumite ko ay determinado na maging mali, ang gayong pagpapasiya ay magreresulta sa isang pagtangga sa pagiging karapat-dapat para sa Tulong Pinansyal. Sumasang-ayon pa ako na sumunod sa proseso ng aplikasyon at screening para sa anumang tulong (i. Ganap na ako ay makipagtulungan sa paggawa ng anumang mga aksyon na maaaring ituring na kinakailangan upang makakuha ng ganoong tulong at itatalaga o babayaran ang Wellstar ang halagang nakuha para sa mga singil sa Wellstar. Sumasang-ayon ako na magbayad ng anumang mga balanse na natitira pagkatapos gawin ang pagsasaayos ng Programang Tulong Pinansyal. Ang pagkabigong gawin ito ay maaaring magresulta sa isang pagbaligtad ng anumang mga diskwento sa Programang Tulong Pinansyal. Ang isang nakumpletong aplikasyon ng Programang Tulong Pinansyal ay naaangkop sa bawat tagagarantiya.

Pinatunayan ko na ang nabanggit na impormasyon ay totoo at tama sa abot ng aking kaalaman.

Pirma ng Tagagarantiya: _____

Подпись гаранта: _____