



WellStar Health System  
Aplikasyon para sa Financial Assistance

LD-24-01-JA40 Tagalog Rev 6/16

Program ng Ospital  
Petsa ng Pagbabago: 6/21/2016

P.O Box 670747  
Marietta, Georgia 30066  
Telepono: 770-792-1791

**IMPORMASYON NG PASYENTE** U.S. Residente  Oo  Hindi

Account Number: \_\_\_\_\_ Corporate: \_\_\_\_\_  
Pangalan: \_\_\_\_\_ SS#: \_\_\_\_\_ Araw ng kapanganakan: \_\_\_\_\_

**GUARANTOR at IMPORMASYON NG ASAWA** Kasal  Diborsyado/a  Hiwalay  Biyudo/a

Pangalan: \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_ Relasyon sa Pasyente: \_\_\_\_\_

Araw ng kapanganakan: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Address ng Tahanan: \_\_\_\_\_

Numero ng Telepono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Iba pang Telepono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Employer: \_\_\_\_\_ Address: \_\_\_\_\_

Numero sa Trabaho: \_\_\_\_\_ Posisyon: \_\_\_\_\_ Taunan o Kada Oras na Bayad: \_\_\_\_\_ Nagtatrabaho nang Full o Part-time (bilugan ang isa)

Pangalan ng Asawa: \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_ Araw ng kapanganakan: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Employer: \_\_\_\_\_ Address: \_\_\_\_\_

Numero sa Trabaho: \_\_\_\_\_ Posisyon: \_\_\_\_\_ Taunan o Kada Oras na Bayad: \_\_\_\_\_ Nagtatrabaho ng Full o Part-time (bilugan ang isa)

**Mga Legal Dependent (Ilista lang ang mga dependent na maaring i-claim sa federal tax form mo.)**

Pangalan (Una, Gitna, Apelyido)	Araw ng Kapanganakan (mm/dd/yyyy)	Relasyon
	/ /	
	/ /	
	/ /	
	/ /	
	/ /	
	/ /	

Nag-apply ka na ba para sa Medicaid?  
Oo  Hindi

Kwalipikado ka ba sa Cobra?  
Oo  Hindi

**Mga Asset at Iba Pang Pinagkakaitaan**

Checking Balance \$ \_\_\_\_\_ Pangalan ng Bangko: \_\_\_\_\_ Balanse sa Savings \$ \_\_\_\_\_ Pangalan ng Bangko: \_\_\_\_\_

Buwanang Pensiyon \$ \_\_\_\_\_ Social Security: \$ \_\_\_\_\_ Kasunduan sa Indibiduwal na Pagreretiro (IRA) \$ \_\_\_\_\_ Mga CD (Sertipiko ng Deposito) \$ \_\_\_\_\_ Sustento sa Anak \$ \_\_\_\_\_

Tumatanggap ka ba ng Student Loan Refund? Oo o Hindi (Bilugan ang isa) Mga Student Refund \$ \_\_\_\_\_

Alimony \$ \_\_\_\_\_ May-ari ng Lupa: Oo o Hindi (Bilugan ang isa) Halaga \$ \_\_\_\_\_ Anumang iba pang asset, hal. mga stock, bond, 401K \$ \_\_\_\_\_

Nagmamay-ari ka ba ng ari-ariang pinaupahan? Oo o Hindi (Bilugan ang isa) Kung oo, ano ang buwanang kita: \$ \_\_\_\_\_ Ano ang halaga ng pag-aari? \$ \_\_\_\_\_

Nag-file ka ba ng pagkabangkarote sa nakaraang 3 taon? Oo o Hindi (Bilugan ang isa) Kung oo, ibigay ang petsa: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nagmamay-ari ka ba ng mga stock o mga bond? Oo or Hindi (Bilugan ang isa) Kung oo, ano ang halaga? \$ \_\_\_\_\_

Panata ng WellStar Health System na magbigay ng pinansiyal na tulong sa mga pasyenteng naghahangad ng kinakailangang medikal na pangangalaga sa mga Ospital ng WellStar ngunit limitado o walang paraan para makapagbayad para sa pangangalagang iyon. Magbibigay ang WellStar ng pang-emergency na pangangalagang medikal sa lahat ng indibidwal, anupaman ang kanilang kakayahan na magbayad o pagkakarapat-dapat sa ilalim ng Financial Assistance Program nito.

Para maging kuwalipikado sa pinansiyal na tulong para sa ospital ng WellStar, kinakailangan ang pakikipagtulungan sa WellStar sa pagkilala at pagtukoy sa mga alternatibong pinagkukunan ng bayad o proteksiyon ng mga pampubliko at pribadong programa ng pagbabayad. Para maging kuwalipikado para sa pinansiyal na tulong, ang sumusunod ay kinakailangan:

**Impormasyon ng aplikasyon:**

- Magsumite ng totoo, tumpak, nilagdaan at nakumpletong aplikasyon para sa pinansiyal na tulong; at**
- Lahat ng aplikante para sa Financial Assistance ay dapat magbigay ng katibayan ng Kinikita ng Tahanan at mga Asset ng Tahanan sa pamamagitan ng pagbigay ng alinman sa o lahat ng sumusunod na magagamit:**

Magbigay ng alinman sa o lahat ng sumusunod kung hindi makapagbigay ng kopya ng pinakabagong Federal Income Tax Return:

- Magbigay ng tatlong (3) buwan na pinakahuling paycheck stub o isang pahayag mula sa employer na nagpapatotoo sa kalahatang sahod (hindi pa binabawasan ng buwis); o
- IRS W-2 na ipinalabas nitong nakaraang taon; o
- Ang pinakabagong IRS Form 1040; o
- Ang pinakabagong dalawang (2) buwan na bank statement para sa bawat checking, savings, money market o iba pang mga bank o investment account; o
- Nasusulat na mga statement para sa pinakahuling dalawang (2) buwan para sa lahat ng iba pang kinikita (hal., unemployment compensation (kabayaran dahil walang trabaho), kapansanan, pagretiro, student loan (pautang sa mag-aaral), award letter (liham ng paggagantimpala) mula sa Social Security Office, kasalukuyang Profit and Loss report para sa lahat ng may sariling hanap-buhay na aplikante, dokumentasyon ng alimony, dokumentasyon sa sustento sa anak, atbp.); o
- Sulat ng pagtanggap sa unemployment compensation (kabayaran dahil walang trabaho); o
- Dokumentasyon ng halaga ng mga asset, kabilang ang, nang walang limitasyon, ang mga property tax statement, Certificate of Deposit, 401k, 403b, Kasunduan sa Indibiduwal na Pagreretiro (IRA) at iba pang statement ng pamumuhunan; o
- Mga pahayag ng mga kontribusyon mula sa mga indibidwal na nag-aambag ng kita o tulong ng mga bagay o gamit sa pasyente

Ang impormasyon na ito ay dapat matanggap para maproseso ang iyong aplikasyon. Kung mabigo kang makasunod sa pagbibigay ng mga impormasyon na nakasaad sa itaas sa loob ng 240 araw mula sa petsa ng unang post-discharge billing statement, pinanghahawakan ng WellStar ang karapatan na hindi iproseso ang iyong account para sa pag-apruba ng Program Financial Assistance. Maaari mong kontakin ang WellStar para magtanong o para sa tulong sa aplikasyon na ito sa:

SBO FAP Department, 805 Sandy Plains Road, Marietta, GA 30067 o ang aming numero ng telepono: 678-838-5750.

**Mga Komento:**

Sa pamamagitan nito ay hinihiling mula sa WellStar na pagpasyahan ang aking pagkakarapat-dapat para sa Financial Assistance Program nito. Naiintindihan ko na ang impormasyon na aking isinusumite ay hinggil sa aking taunang kinikita at laki ng pamilya ay dapat mapatotohanan. Nauunawaan ko rin na kung ang impormasyon na aking isinusumite ay natukoy na hindi totoo, ang naturang pagtukoy ay magreresulta sa pagtanggap sa pagkakarapat-dapat para sa Financial Assistance. Sumasang-ayon din ako na gumawa ng aplikasyon para sa anumang tulong (hal., Medicaid, Medicare, State Aid (para sa kanser), Vocational Rehab, Insurance, atbp.) na maaaring makuha para sa pagbabayad ng aking bayarin sa WellStar account. Ako ay ganap na makikipagtulungan sa pagkuha ng kahit anong aksiyon na maaaring itinuturing na kailangan upang makuha ang naturang tulong, at magtatalaga o magbabayad sa WellStar ng halaga na mababawi para sa singil ng WellStar. Sumasang-ayon ako na magbayad ng anumang mga balanse na natitira pagkatapos magawa ang pagwawasto sa Financial Program Assistance. Ang pagkabigong magawa ito ay maaaring magresulta sa isang pagbawi ng anumang diskuwento sa Financial Assistance Program.. Isang nakumpletong aplikasyon sa Financial Assistance Program ay naaangkop sa bawat guarantor. Pinapatotohanan ko na ang impormasyon sa itaas ay totoo at tumpak sa abot ng aking nalalaman.

Lagda ng Guarantor: \_\_\_\_\_

Petsa: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_