



Saint Agnes Medical Center

Salamat sa iyong interes sa aming Programa sa Tulong na Pampinansyal. Kung ikaw at/o ang iyong kamag-anak ay nag-apply na para sa tulong na pampinansyal sa loob ng nakaraang anim (6) na buwan, mangyaring makipag-ugnayan sa aming tanggapan sa (559) 450-3145 o (855) 224-5998 bago kumpletuhin ang aplikasyong ito.

Mangyaring ibalik ang nakumpletong aplikasyon at lahat ng naaangkop na dokumento na nakalista sa ibaba sa loob ng tatlung (30) araw:

Kumpleto at detalyadong bank statement para sa lahat ng checking, savings, at/o investment account na nagpapakita ng mga deposito at pagwi-withdraw sa loob ng nakaraang tatlong (3) buwan. Mangyaring ipaliwanag ang lahat ng deposito. (Kinakailangan)

Katibayan ng anumang kita sa paghahanap-buhay at/o kita dulot ng anumang benepisyo ayon sa nakatala sa ibaba. (Kinakailangan)

1. Tatlong (3) pinakabagong pay stub para sa sarili mo, asawa mo at lahat ng makikinabang na nagpapakita ng sahod bawat oras at mga oras na natrabaho Q
2. Kasalukuyan, o ang pinakabagong nai-file na pederal na form ng buwis para sa sarili mo at asawa mo Q
3. Pahayag ng kontribusyon galing sa pamilya/mga kaibigan na nagsasaad kung paano natutugunan ang mga gastos sa pamumuhay AT
4. Alinman sa mga sumusunod na dokumento, na naaangkop para sa sarili mo, asawa mo at lahat ng mga dependyente:
 - o Pinakabagong form ng buwis kabilang ang Profit/Loss statement kung nagtatrabaho ka para sa sarili mo
 - o Pinakabagong form ng buwis para sa beripikasyon ng mga dependyente
 - o Pahayag ng mga benepisyo ng kawalan ng trabaho
 - o Sulat ng pagkakaloob ng pang-estudyanteng tulong na pampinansyal
 - o Sulat ng pagpapasiya para sa pampublikong tulong (hal., CalFresh, Medi-Cal, atbp.)
 - o Sulat ng paggawad o tseke ng Social Security at/o Social Security Disability
 - o Dibidendo, interes at kita mula sa alinmang ibang pinagkukunan (hal., kita sa upa, kita mula sa sustento, mga benepisyo sa pagreretiro, atbp.).

Kung hindi mo maaaring maibigay ang alinman sa mga dokumentong ito, mangyaring magbigay ng isang sulat na nagpapaliwanag kung bakit hindi naibalik ang mga dokumento.

Mangyaring ibalik ang aplikasyon para sa tulong na pampinansyal at mga pansuportang dokumento sa:

**Saint Agnes Medical Center
Patient Business Services – Financial Services
34375 W 12 Mile Rd
Farmington Hills, MI 48331**

Ibalik bago ang: _____

Mangyaring maglaan ng humigit-kulang na 30 araw para sa pagproseso mula nang matanggap namin ang nakumpletong aplikasyon. Kung ikaw ay may anumang mga tanong o nangangailangan ka ng impormasyon sa ibang wika, mangyaring makipag-ugnayan sa aming tanggapan sa numerong nakalista sa ibaba.

Sumasainyo,



Saint Agnes Medical Center

**PAUNAWA NA NAGBIBIGAY-ALAM SA MGA INDIBIDUWAL TUNGKOL SA
PAGKAWALA NG DISKRIMINASYON MGA PANGANGAILANGAN NG ACCESSIBILITY**

Ang Saint Agnes Medical Center ay iginagalang ang kabanalan at dignidad ng bawat tao, sumusunod sa mga naaangkop na pederal na batas sa karapatang sibil, at hindi nagdidiskrimina batay sa mga protektadong klase, na kabilang nguni't hindi limitado sa, lahi, kulay, lipi, edad, kapansanan o kasarian.

Ang Saint Agnes Medical Center: Ay nagbibigay ng libreng tulong at mga serbisyo sa mga taong may kapansanan upang mabisang makipag-ugnayan sa amin, tulad ng:

- Mga kwalipikadong serbisyo ng sign language at mga interpreter sa pamamagitan ng video at audio interpreter system network.
- Nakasulat na impormasyon sa ibang mga pormat tulad ng malaking print, audio, accessible electronic at iba pang mga pormat.

Ay nagbibigay ng mga libreng serbisyong pang-wika para sa mga tao na hindi pangunahing wika ang Ingles, tulad ng:

- Mga serbisyo ng kwalipikadong interpreter
- Impormasyong nakasulat sa ibang mga wika

Kung kailangan mo ang mga serbisyong ito, mangyaring makipag-ugnayan sa amin sa (559) 450-3000 TTY (559) 450-3233 para sa tulong

Kung naniniwala ka na ang Saint Agnes Medical Center ay hindi ka binigyan ng mga serbisyong ito o nadiskrimina ka sa ibang paraan batay sa lahi, kulay, lipi, edad, kapansanan o kasarian, maaari kang magsampa ng isang karaingan nang personal, sa pamamagitan ng isang sulat, fax o email sa:

Saint Agnes Medical Center,
Attn: Risk Management
1303 E. Herndon Ave., Fresno, CA 93720
559-450-7475,
Email: Information@samc.com

Maaari ka ring magsampa ng isang reklamo ng mga karapatang sibil sa US Department of Health & Human Services, Office of Civil Rights sa pamamagitan ng web, koreo o telepono sa:

Department of Health & Human Services
200 Independence Avenue, SW, Room a509F,
HHH Building, Washington, DC 20201
Web <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>
Telepono 1-800-368-1019 TTY 1-800-537-7697



Saint Agnes Medical Center

Spanish

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Tagalog

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Chinese

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233)。

Vietnamese

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Korean

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다.)번으로 전화해 주십시오. 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Armenian

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Ջանգախարեք 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Russian

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните . 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Hindi

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। पर कॉल करें 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Japanese

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます)まで、お電話にてご連絡ください。1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

French

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le . 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Punjabi

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).



Saint Agnes Medical Center

Portugese

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para . 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

German

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: . 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Farsi

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233) فراهم می باشد. با تماس بگیرید

Cambodian

ប្រយ័ត្ន: បើសិនអ្នកនិយាយខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសាគឺធរសំប៉បំណេរអរ។ ចូរ ទូរស័ព្ទ ។ 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Thai

เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Lao

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Arabic

-ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم - 1 هاتف الصم والبكم- 11 : 559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Hmong

LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Samoan

MO LOU SILAFIA: Afai e te tautala Gagana fa'a Sāmoa, o loo iai auaunaga fesoasoan, e fai fua e leai se totogi, mo oe, Telefoni mai: 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

Hawaiian

E NĀNĀ MAI: Inā ho'opuka 'oe i ka 'ōlelo [ho'okomo 'ōlelo], loa'a ke kōkua manuahi iā 'oe. E kelepona iā 1- 1-559-450-3000 (TTY: 1-559-450-3233).

KOMPIDENSIYAL NA APLIKASYON PARA SA TULONG PINANSYAL

Ang mga propesyonal na serbisyo na ibinigay ng mga kaakibat na doktor o iba pang tagabigay-serbisyo ay maaaring singilin nang hiwalay. Ang Aplikasyon para sa Tulong Pinansyal ay sumasailalim sa pagpapasya ng mga tagabigay ng serbisyo ayon sa kanilang mga patakaran, pamamaraan, at naaangkop na regulasyon. Ang impormasyong ibinigay sa aplikasyong ito ay maaaring ibigay sa mga kaakibat na tagabigay ng serbisyo upang tulungan ang pasyente. Ang Saint Agnes Medical Center ay iginagalang ang kabanalan at dignidad ng bawat tao, sumusunod sa mga naaangkop na pederal at pang-estadong batas, at hindi nagdidiskrimina batay sa mga protektadong klase, na kabilang nguni't hindi limitado sa, lahi, kulay, lipi, edad, kapansanan o kasarian.

Pangalan ng Pasyente		Petsa ng Kapanganakan	
Adres		Telepono	Telepono para sa Mensahe
Lungsod/Estado/Zip Code		Social Security Number	
Address kung saan ipapadala (kung naiiba) o email kung mas ginugusto			

Mangyaring ibigay ang sumusunod na impormasyon tungkol sa sarili mo (kung hindi ikaw ang pasyente), asawa mo at mga dependyente:

Pangalan	SSN	Petsa ng	Kaugnayan sa Pasyente

Mangyaring ilista ang lahat ng account number at/o petsa ng serbisyo na isasaalang-alang para sa tulong na pampinansyal:

Pangalan ng Pasyente	Account #	Petsa ng Serbisyo	Balanseng Medikal

Katayuan sa Healthcare Marketplace

Nag-apply ka na ba para sa Seguro? <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/> Oo	Kung Oo, Pangalan/ID
Kung Oo, nag-apply ka ba sa pamamagitan ng:	<input type="checkbox"/> Medicaid - Estado <input type="checkbox"/> Health Exchange/ Healthcare.gov <input type="checkbox"/> Iba pa _____
Naaprubahan ka ba para sa isang plano ng seguro? <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/> Oo	
Nagpatala ka na ba at nabayaran mo na ang premium para sa isang plano ng seguro? <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/> Oo	

Mga Salaping Ari-arian

Balanse ng Checking Account	Bangko:	\$
Balanse ng Savings Account	Bangko:	\$

Trabaho

Taong Nagtatrabaho	Employer	Pangkalahatang	# ng Mga	Taunang
		\$		\$
		\$		\$
		\$		\$
		\$		\$

Ibang pinagkukunan ng kita

	Buwanan	Taunan
Sustento	\$	\$
Programang Pampublikong Tulong Uri _____ (hal., Pera, Mga Food Stamp, atbp.)	\$	\$
Bayad galing sa Plano para sa Pagreretiro	\$	\$
Social Security / Social Security Disability	\$	\$
Kawalan ng Trabaho o Worker's Comp Numero ng Linggo: _____ (Petsa ng Pagsisimula: _____ Petsa ng Pagtatapos: _____ Bawat Linggo \$: _____)	\$	\$
Iba Pang Kita (Mga Sapi/Bono/Annuity/Interes/Pagpapa-upa)	\$	\$
Iba Pang Kita (galing sa pamilya, mga kaibigan, simbahan, atbp.)	\$	\$

BERIPIKASYON NG KITA AT IDENTIPIKASYON

Kung kailangan namin ng karagdagang impormasyon, ipagbibigay-alam namin ito sa iyo sa pamamagitan ng telepono, US Mail o e-mail.

Pinapatunayan ko na ang lahat ng impormasyon ay tunay at kumpleto sa abot ng aking kaalaman. Nauunawaan ko na ang ibinigay na impormasyon ay patutunayan at ituturing na personal at kompidensiyal. Pinahihintulutan ko ang paglalabas ng anuman at lahat ng impormasyon na galing sa California Department of Health Care Services. **Nauunawaan ko na dapat akong magbigay ng beripikasyon ng kita, mga gastos, mga dependyente, bank statement, pay voucher at form ng buwis, kung naaangkop.** Nauunawaan ko rin na mananagot ako sa pagbabayad ng anumang serbisyong ibinigay sa Saint Agnes Medical Center kung ang impormasyong nasa itaas ay ibinigay nang maling pagpapanggap. Alam ko na humihiling ako ng tulong na pampinansyal galing sa Saint Agnes Medical Center lamang at hindi galing sa iba pang mga tagabigay ng pangangalagang pangkalusugan o doktor.

LAGDA:

PETSA:

LAGDA NG ASAWA (kung naaangkop)

PETSA:
