



Proseso ng Aplikasyon sa Pangkawanggawa na Pangangalaga/Tulong Pinansyal (Charity Care/Financial Assistance Application Process)

Makakapag-aplay ka ng Tulong Pinansyal sa loob ng 1 taon pagkatapos ma-discharge mula sa ospital o matanggap ang outpatient na pangangalaga.

Available ang Pangkawanggawa na Pangangalaga sa mga residente ng New Jersey na mga hindi naka-insure, naka-underinsure, o hindi karapatdapat para sa mga programa ng Estado at Pederal.

Para makwalipika kailangan mong matugunan ang parehong pamantayan sa kita at mga ari-arian.

Sasaklawin lamang ng Pangkawanggawa na Pangangalaga ang pangangalaga sa ospital. Hindi nalalapat ang programa sa mga manggagamot o ibang mga provider na malayang nagbi-bill para sa kanilang serbisyo.

- Pakipunan at lagdaan ang aplikasyon. (Kung tumanggap ka ng pangangalaga mula sa maraming ospital ng Hackensack Meridian Health, kailangan mong lumagda ng isang aplikasyon para sa bawat ospital kung saan ka tumanggap ng mga serbisyo.)
- Ilakip ang lahat ng mga kopya ng lahat ng kinakailangang dokumento.
- Nakabase ang lahat ng dokumentasyon sa inisyal na petsa ng serbisyo.
- Kung 21 taong gulang ka o mas bata at full time na estudyante sa kolehiyo, dapat punan ng iyong magulang o tagapag-alaga ang aplikasyon at ibigay ang mahahalagang suporta na dokumento. Pakibigay ang patunay ng katayuan mo bilang estudyante at mga sulat ng gawad sa pananalapi para sa kasalukuyan at naunang semestre.

Kung may anumang mga tanong ka ukol sa aplikasyon o dokumentasyon na kailangang ilapat, mangyaring tumawag sa isang tagapayo sa pinansya sa ospital kung saan mo natanggap ang mga serbisyo.

- Hackensack Univ Medical Center, 100 First Street, Ste 300, Hackensack, NJ 07601 **(551) 996-4343**
- Palisades Medical Center, 7600 River Road, North Bergen, NJ, 07047 **(201) 854-5092**
- JFK Medical Center, 65 James Street, Edison, NJ 08820 **(732) 321-7534**

Para sa mga ospital sa ibaba, pakitawagan ang **732-902-7080**

- Jersey Shore University Medical Center, 1945 Route 33, Neptune, NJ, 07753
- Ocean Medical Center, 425 Jack Martin Boulevard, Brick, NJ 08724
- Riverview Medical Center, 1 Riverview Plaza, Red Bank, NJ 07701
- Southern Ocean Medical Center, 1140 Route 72 W, Manahawkin, NJ 08050
- Bayshore Medical Center, 727 N Beers St, Holmdel, NJ 07733
- Jane H Booker Family Health Center, 1828 W Lake Ave # 202, Neptune, NJ, 07753
- Raritan Bay Medical Center, 530 New Brunswick Ave, Perth Amboy, NJ
- Old Bridge Medical Center, % RBMC, 530 New Brunswick Ave, Perth Amboy, NJ

Para higit kaming matulungan sa pagproseso ng aplikasyon mo para sa pangkawanggawa na pangangalaga, pakibigay lamang ang kopya ng mga dokumento na nakalista sa ibaba na nalalapat sa sitwasyon mo. Kung hindi ibinigay ang nakalistang naaangkop na dokumentasyon sa ibaba o hindi kumpleto ang aplikasyon mo, hindi namin maproseso ang aplikasyon mo. Nakabase ang lahat na kinakailangang dokumento sa Petsa ng Serbisyo mo. Ibig sabihin ng Petsa ng Serbisyo ang unang araw na aktwal kang nasa ospital.

Personal ID para sa pasyente, asawa, anak na wala pang 18, at full time na estudyante sa kolehiyo na 21 at mas mababa

- Pumili ng isa para sa bawat kasapi ng pamilya mo: lisensya sa pagmamaneho, sertipiko ng kapanganakan, kard ng Social Security, passport

Mga Kard ng Seguro

- Kopyahin ang harap at likod ng kard ng seguro

Mga pahayag ng Bangko/Ari-arian na nagsasaad ng balanse sa iyong petsa ng serbisyo

- Mga pahayag ng account sa checking, savings at debit card
- Maaring mangangailangan ng paliwanag ang mga deposito sa iniulat mong kita
- Kasalukuyang dokumentasyon para sa anumang mga CD, IRA, 401K, stock o bono

Patunay ng Kita para sa isang buwan bago sa petsa ng serbisyo

- Patunay ng naipong kita, kabilang ang mga stub ng bayad o nakasulat na permadong pahayag ng kabuuang kinita mula sa employer mo na may letterhead ng negosyo
- Kung self-employed ka, kailangan ang pahayag ng profit and loss na permado ng accountant kasama ng kopya ng tax return ng nakaraang taon. Kung partnership o korporasyon ang negosyo mo, magbigay ng sulat mula sa isang accountant na nagsasaad ng iyong lingguhang sweldo.
- Patunay ng hindi nakuhang kita, kabilang ngunit hindi limitado sa pensyon, suporta sa bata, sustento, VA na mga benepisyo, award letter ng Social Security, mga Award letter ng SSI para sa lahat ng miyembro ng pamilya, kawalan ng trabaho o rekord ng May Kapansanan ng Estado o iba pang mga pinansyal na kontribusyon.

Patunay ng Paninirahan bago ang petsa ng serbisyo

- Dapat na ipakita ang address ng kalye – HINDI ang PO Box
- Pakipili ang isa sa sumusunod: lisensya sa pagmamaneho, kopya ng pag-upa, bill ng yutilidad, may petsang sulat na nagsasaad ng pangalan at address mo na ibinigay bago ang petsa ng serbisyo

Pagpapatunay ng pasyente: (lagdaan at lagyan ng petsa ang lahat na nalalapat).

- Pagpapatunay ng asawa kung may asawa (lagdaan at lagyan ng petsa ang lahat na nalalapat).

Kung wala kang kita, magkaroon ng Suporta na Sulat na nilagdaan ng tao kung saan ka nakatira (maliban sa asawa) na pinansyal na sumusuporta sa iyo.

Pakipadala sa koreo ang iyong aplikasyon at mga dokumento sa address sa itaas kung saan ka nag-a-play para sa pangkawanggawa na pangangalaga. (Tandaan: ang pangkawanggawa na pangangalaga ay espesipiko sa ospital kaya kung ibinigay ang mga serbisyo sa maraming lokasyon, kailangang isumite ang aplikasyon para sa bawat lokasyon.)



**Programang Tulong na Pangangalaga sa Ospital ng New Jersey
Aplikasyon sa Kawanggawa na Pangangalaga**

Lagyan ng tsek LAHAT ng ospital kung saan mo natanggap ang mga serbisyo:

() HUMC () PMC () JFK () JSUMC () OMC () RMC () BCH

() SOMC () RBMC () OBMC

SEKSYON I – PERSONAL NA IMPORMASYON

PANGALAN NG PASYENTE (APILYEDO, PANGALAN GITNANG INISYAL)		PETA SA NG KAPANGANAKAN	
PETA SA NG APLIKASYON	PETA SA NG SERISYO	BUNTIS? <input type="checkbox"/> OO <input type="checkbox"/> HINDI	
ADDRESS NG KALYE NG PASYENTE		TELEPONO/NUMERO NG SELPON () ()	
LUNGSOD, ESTADO, ZIP CODE		*LAKI NG PAMILYA	ISTADO SA PAG-AASAWA
US CITIZEN KA BA? <input type="checkbox"/> OO <input type="checkbox"/> HINDI LIGAL NA RESIDENTE MULA: _____		NAKATIRA KA BA SA NEW JERSEY? <input type="checkbox"/> OO <input type="checkbox"/> HINDI	
PANGALAN NG GARANTOR (Kung hindi ang pasyente)		SAKLAW NG SEGURO: <input type="checkbox"/> OO <input type="checkbox"/> HINDI SEGURO CO _____ PATAKARAN #:	
IBANG MGA MIYEMBRO NG PAMILYA	RELASYON	PETA SA NG KAPANGANAKAN	BUNTIS? OO/HINDI
			SAKLAW NG SEGURO? OO/HINDI
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

SEKSYON II- PAMANTAYAN NG ARI-ARIAN

KABILANG SA MGA ARI-ARIAN ANG:

- A. Mga Savings Account _____
- B. Mga Checking Account _____
- C. Mga Sertipiko ng Deposito / IRA _____
- D. Equity sa Real Estate (maliban sa permanenteng panirahan) _____
- E. Iba pang mga ari-arian, 401K, Mga Stock at Bono _____
- F. F. KABUUAN _____

SEKSYON III- PAMANTAYAN NG KITA

Sa pagtukoy ng pagiging karapatdapat para sa pangangalagang tulong sa ospital, ang pasyente at kung nalalapat, gagamitin ang kita ng asawa. Dapat gamitin ang kita ng magulang para sa menor de edad na bata. Dapat na kalakip ng aplikasyong ito ang patunay ng kita. Binabatay ang kita sa kalkulasyon ng alinman sa labindalawang buwan, tatlong buwan, isang buwan o isang linggo ng kita bago ang petsa ng serbisyo.

PANGALAN NG EMPLOYER:

KABUUANG KITA

\$

PINAGKUKUNAN NG KITA:

	Linggo	Buwan	Taon
A. Sweldo / Sahod bago ng mga Kaltas _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Pamublikong Tulong _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Mga Benepiso sa Social Security/Kapansanan _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Kompensasyon sa Kawalan ng Trabaho at Trabahador _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Mga Benepisyo ng Beterano _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Sustento / Suporta sa Bata _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. Iba pang Suporta sa Salapi _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. Mga Bayad ng Pensyon _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. Mga Bayad ng Seguro o Sustento _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. Mga Dibidendo / Interes _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K. Kita sa Renta _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L. Netong Kita sa Negosyo _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M. Iba pa (Strike benefits, mga stipend sa pagsasanay, Mga alote, estate o trust ng pamilyang sundalo) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Iba pang pinagkukunan ng kita: _____			

SEKSYON IV – PINATUNAYAN NG APLIKANTE

Naiintindihan ko na napapailalim sa pagpapatunay ng naaangkop na pasilidad ng pangangalaga sa kalusugan at ng Pederal o Estado ang isusumite kong impormasyon Mga Pamamahala Gagawin akong mananagot ng sadyang maling representasyon ng mga katotohanang ito para sa lahat ng mga singil sa ospital na napapailalim sa mga parusang sibil.

Kung hiniling ng pasilidad ng pangangalagang pangkalusugan, mag-aaplay ako para sa tulong medikal ng gobyerno o pribadong pambayad ng bayarin sa ospital.

Pinatutunayan ko na ang impormasyon sa itaas ukol sa aking istado ng pamilya, totoo at tama ang kita at mga ari-arian.

Naiintindihan ko na responsibilidad kong payuhan ang ospital ng anumang pagbabago sa katayuan patungkol sa aking kita o mga ari-arian.

LAGDA NG PASYENTE O TAGAPAG-ALAGA

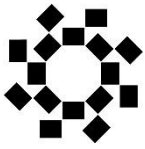
PETSA

PARA SA PAGGAMIT NG TANGGAPAN LAMANG: Pananagutan Walang saklaw na seguro _____ %

Pagkatapos ng saklaw na seguro _____ %

PETSA NG PAG-APRUBA: _____ Epektibo: _____ Pagtatapos: _____

Lagda ng Tagasuri: _____



PAGPAPATUNAY NG PASYENTE

LAGDAAN SA IBABA ANUMAN ANG NALALAPAT SA IYONG SITWASYON:

1. Pinatutunayan ko na hanggang sa _____ HINDI ako tumanggap ng anumang kita.

PETSA

(Pasyente / Mananagot na Partido)

Relasyon

PETSA

2. Pinatutuayan ko na ako ay WALANG MGA ARI-ARIAN (Mga Bank account, CD, atbp.) mismo o anumang ibang partido.

(Pasyente / Mananagot na Partido)

Relasyon

PETSA

3. IPinatutunayan ko na ako ay WALANG TAHANAN at dati nang WALANG TAHANAN simula _____

(Pasyente / Mananagot na Partido)

Relasyon

PETSA

4. Pinatutunayan ko na ako ay WALANG MEDIKAL NA SAKLAW mismo o anumang ibang partido para saklawin ang kabuuang halaga ng aking mga bill.

(Pasyente / Mananagot na Partido)

Relasyon

PETSA

DAPAT NA LAGDAAN NG PASYENTE/MANANAGOT NA PARTIDO ANG PAGPAPATUNAY NG PANINIRAHAN

5. PINATUTUNAYAN KO NA AKO AY/DATING NANINIRAHAN SA NEW JERSEY SA PANAHOONG NATANGGAP ANG MGA SERBISYO AT NINANAIS KO ANG MANATILING MANIRAHAN SA NEW JERSEY.

(Pasyente / Mananagot na Partido)

Relasyon

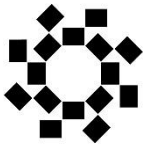
PETSA

6. KINUKUMPIRMA KO NA LAHAT NG IBINIGAY NA IMPORMASYON SA PAGPAPATUNAY NA ITO AY TOTOO, KUMPLETO AT TAMA SA PINAKAMAHUSAY KONG KAALAMAN.

(Pasyente / Mananagot na Partido)

Relasyon

PETSA



PAGPAPATUNAY NG ASAWA

LAGDAAN LAMANG SA IBABA ANUMAN ANG NALALAPAT SA IYONG SITWASYON:

1. Pinatutunayan ko na hanggang sa _____ HINDI ako tumanggap ng anumang kita.

PETSA

(Asawa / Mananagot na Partido)

Relasyon

PETSA

2. Pinatutunayan ko na ako ay WALANG MGA ARI-ARIAN (Mga Bank account, CD, atbp.) mismo o anumang ibang partido.

(Asawa / Mananagot na Partido)

Relasyon

PETSA

3. IPinatutunayan ko na ako ay WALANG TAHANAN at dati nang WALANG TAHANAN simula

(Asawa / Mananagot na Partido)

Relasyon

PETSA

4. Pinatutunayan ko na ako ay WALANG MEDIKAL NA SAKLAW mismo o anumang ibang partido para saklawin ang kabuuang halaga ng aking mga bill.

(Asawa / Mananagot na Partido)

Relasyon

PETSA

DAPAT NA LAGDAAN NG PASYENTE/MANANAGOT NA PARTIDO ANG PAGPAPATUNAY NG PANINIRAHAN

5. **PINATUTUNAYAN KO NA AKO AY/DATING NANINIRAHAN SA NEW JERSEY SA PANAHO NG NATANGGAP ANG MGA SERBISYO AT NA NINANAIS KO ANG MANATILING MANIRAHAN SA NEW JERSEY.**

(Asawa / Mananagot na Partido)

Relasyon

PETSA

6. **KINUKUMPIRMA KO NA LAHAT NG IBINIGAY NA IMPORMASYON SA PAGPAPATUNAY NA ITO AY TOTOO, KUMPLETO AT TAMA SA PINAKAMAHUSAY KONG KAALAMAN.**

(Asawa / Mananagot na Partido)

Relasyon

PETSA

Tagapagsuri



SUPORTA NA SULAT

PASYENTE:

PETSA:

PETSA NG KAPANGANAKAN:

INISYAL NA PETSA NG SERBISYO:

KUKUMPLETUHIN NG TAO NA NAGBIBIGAY NG SUPORTA SA PASYENTE. HINDI KABILANG ANG ASAWA NA NANINIRAHANG KASAMA MO.

Pinatutunayan ko na totoo at tama ang impormasyon na nakalista sa ibaba. Ganap kong naiintindihan na ang pagbibigay ng maling impormasyon o ang pagkabigo na magbigay ng kumpletong impormasyon na hiniling ay maaring bumuo ng mga saligan para sa panloloko at maaring magsagawa ng anumang naaangkop na ligal na aksyon ang Hackensack Meridian Health. Naiintindihan ko rin na mananagot ako mismo kapag ang impormasyon ay palsipikado, hindi kumpleto, o nakakalito sa anumang paraan.

Lagyan ng tsek ang anumang nalalapat sa ibaba:

- Kasama kong naninirahan ang pinangalanang tao sa itaas, at nagsimula noong (**Petsa**): _____
- Ang pinangalanang tao sa itaas ay resedente ng New Jersey sa oras ng serbisyo, hindi naninirahan sa anumang ibang Estado o Bansa at nagnanais na manatili sa Estado ng New Jersey.
- Hindi nasasaklaw ang pinangalanang tao sa itaas ng anumang uri ng medikal na seguro kabilang ang Medicaid o Medicare.
- Walang trabaho ang pinangalanang tao sa itaas sa ngayon at hindi bababa sa isang buwan na bago sa petsa ng serbisyo na ipinahiwatig sa itaas.
- Hindi tumatanggap ang anumang mga benepisyo sa kawalan ng trabaho o anumang iba pang uri ng mga benepisyo ang pinangalanang tao sa itaas. (Kapansanan, SSI, Kapakanan, atbp.)
- Nagbibigay ako ng Pagkain at Masisilungan para sa tao na pinangalanan sa itaas.
- Nagbibigay ako ng Pera sa halagang \$ _____ bawat buwan, sa pinangalanang tao sa itaas.
- Hindi nakatira na kasama ko ang pinangalanang tao sa itaas ngunit nagbibigay ako ng suporta sa anyo ng:
_____.

Ang relasyon mo sa pinangalanan sa itaas

Lagda

Address: _____

(Lungsod)

(Estado)

(Zip Code)

Numero ng Telepono: _____