

**Kabuuang Kita ng
Pamilya/Sambahayan**

\$

APLIKASYON NG TULONG PANANALAPI, CONT.

Pinatutunayan ko na ang impormasyong ibinigay sa form na ito at ang ibinigay na dokumentasyon ng kita ay kumpleto, totoo at tama. Kung hindi ako kwalipikado para sa pinansiyal na tulong, sumasang-ayon akong bayaran nang buo ang natitirang balanse. Sumasang-ayon ako at nauunawaan ko na ang anumang natitirang balanse na hindi binayaran sa pamamagitan ng tulong pinansyal ay magiging responsibilidad ko at babayaran nang buo. Nauunawaan ko na ang tulong pinansyal ay maaaring hindi naaangkop sa lahat ng mga serbisyong ibinigay sa Wahiawa Health. Kung hindi binayaran ang mga balanse sa account, sumasang-ayon akong bayaran ang mga resultang singil sa pagkolekta at/o mga legal na bayarin. Naiintindihan ko na ang tulong pinansyal ay maaaring mag-expire sa o bago ang petsang nakasaad sa ibaba at kakailanganin kong mag-apply muli. Kung may pagbabago sa kita, magsusumite ako ng bagong Aplikasyon para sa Tulong Pinansyal.

Signature: _____

Petsa: _____

----- Kumpletuhin lamang ng kawani ng Wahiawa Health -----

Kwalipikado ang Pasyente Para sa Sumusunod na Diskwento						
<input type="checkbox"/> Hindi kwalipikado	<input type="checkbox"/> Unang Kategoriya	<input type="checkbox"/> Pangalawang Kategoriya	<input type="checkbox"/> Pangatlong Kategoriya	<input type="checkbox"/> Pangapat na Kategoriya	<input type="checkbox"/> Panglimang Kategoriya	<input type="checkbox"/> Walang Katibayan ng Kita

Pinansyal na Tulong Inaprubahan Hanggang: _____

Salamat sa pagpili sa Wahiawa Health bilang iyong healthcare provider. Batay sa kategoryang nakasaad sa mukha ng dokumentong ito, mangyaring tingnan sa ibaba para sa detalye ng diskwento. Kung wala ka pang medical insurance, maaari kang maging kwalipikado. **Kung interesado sa tulong sa pagpapatala, mangyaring makipag-ugnayan sa coordinator ng tulong sa pagpapatala ng Wahiawa Health sa 808-622-1618.** Kung hindi ka magbibigay ng kita sa loob ng limang (5) araw ng negosyo, hindi namin magagawang mag-alok sa iyo ng mga serbisyong may diskwento. Maaaring isaayos ang mga plano sa pagbabayad sa departamento ng pagsingil.

		Uri ng Serbisyo		
		Medikal/ Parmasya	Dental	Kalusugan ng Pag-uugali/Parmasya
Unang Kategoriya	<i>Nominal na Pagsingil</i>	\$25	\$60	\$25
	<i>Diskwento</i>	100%	100%	100%
Pangalawang Kategoriya	<i>Nominal na Pagsingil</i>	\$X	\$X	\$X
	<i>Diskwento</i>	80%	80%	80%
Pangatlong Kategoriya	<i>Nominal na Pagsingil</i>	\$X	\$X	\$X

Title:	SLIDING FEE DISCOUNT PROGRAM V2			Page 3
	<i>Diskwento</i>	60%	60%	60%
Pangapat na Kategorya	<i>Nominal na Pagsingil</i>	\$X	\$X	\$X

	<i>Diskwento</i>	40%	40%	40%
Panglimang Kategorya	<i>Nominal na Pagsingil</i>	\$X	\$X	\$X
	<i>Diskwento</i>	20%	20%	20%

APLIKASYON SA KARAPATAYANG WALANG TAHANAN

WAHIAWA HEALTH

Katayuan ng Pasyente <i>Imarka ang isa</i>			
	Bagong Pasyente		
	Itinatag na Pasyente	Petsa:	MR#:
Pangalan:			
Petsa ng Kapanganakan:		Social Security Number:	
Telepono:		Marital Status: <i>Imarka ang Isa</i>	Walang-asawa
			May-Asawa
			Diborsiyado Biyudo/Biyuda
Ang aking kasalukuyang kalagayan sa pamumuhay ay kulang sa isang nakapirming, regular, at sapat na tirahan sa gabi at mayroon ako pangunahing paninirahan sa gabi na: (<i>Imarka ang Isa</i>)			
	Isang shelter na pinangangasiwaan sa publiko o pribadong pinamamahalaan na itinalaga upang magbigay ng pansamantalang pamumuhay tirahan (kabilang ang mga welfare hotel, congregate shelter, at transitional housing)		
<i>Tukuyin ang Lugar:</i>			
	Isang institusyon na nagbibigay ng pansamantalang paninirahan para sa mga indibidwal		
<i>Tukuyin ang Lugar:</i>			
	Isa pang pampubliko o pribadong lugar na hindi itinalaga para sa, o karaniwang ginagamit bilang, isang regular na pagtulog tirahan para sa mga tao.		
<i>Tukuyin ang Lugar:</i>			
Pinatutunayan ko na ako ay walang tirahan at walang mga mapagkukunan upang makakuha ng pabahay para sa mga sumusunod na dahilan:			

--

APLIKASYON SA KARAPATAYANG WALANG TAHANAN, CONT.

Pinatutunayan ko na ang impormasyong ibinigay sa form na ito ay kumpleto, totoo at tama. Kung mapatunayang hindi makatotohanan, naiintindihan ko na ang pag-access sa Wahiwa Health ay maaaring wakasan. Naiintindihan ko na ang tulong pinansyal ay magwawakas sa petsang nakalista sa Aplikasyon ng Tulong Pinansyal at kakailanganin kong mag-aplay muli. Kung may pagbabago sa kita, magsusumite ako ng bagong Aplikasyon para sa Tulong Pinansyal.

Signature ng Pasyente: _____

Petsa: _____

WALANG PATUNAY NG KITA WORKSHEET

WAHIAWA HEALTH

Katayuan ng Pasyente <i>Imarka ang isa</i>				
	Bagong Pasyente			
	Itinatag na Pasyente	Petsa:	MR#:	
Pangalan:				
Petsa ng Kapanganakan:		Social Security Number:		
Telepono:		Marital Status: <i>Imarka ang Isa</i>	Walang-asawa	Diborsiyado
			May-Asawa	Biyudo/Biyuda
Nag-apply ka ba para sa Medicare, Medicaid, Primary Care Network (PCN), o Children's Health Insurance Program (CHIP)? <i>(Imarka ang isa)</i>				Oo Hindi
Sino ang nagbibigay ng suportang pinansyal para sa iyo?				
Pangalan:				
Kaugnayan:				
Adres:				
Numero ng telepono:				

Signature ng Pasyente: _____

Petsa: _____

Ang mga sumusunod ay dapat punan ng taong nagbibigay ng suportang pinansyal

Ang mga bayad sa pasyente ay nakabatay sa uri ng serbisyong ibinigay at sa kita ng pasyente at laki ng pamilya. Inilista ka ng aming pasyente bilang ang taong sumusuporta sa kanila sa pananalapi. Pakisagot ang mga sumusunod na tanong:

Gaano katagal nakatira ang pasyente sa iyo?	<i>Mga taon</i>		<i>Mga buwan</i>	
Magkano ang pinansiyal na suportang ibinigay mo noong nakaraang buwan? (ibig sabihin, upa, mga kagamitan, pagkain, atbp.)				\$
Magbigay ng maikling paglalarawan ng sitwasyon:				

Signature ng Tagasuporta ng Pasyente: _____

Petsa: _____