

PARA LANG SA MGA KAWANI

***Ilagay dito ang mga petsa ng Serbisyo at Pagpatunuay
at ibigay ito sa Aplikante para sa kanilang sanggunian***

Petsa ng Serbisyo: _____

Nakatakdang Pagpatunay: _____

Mahal nga Aplikante,

Bago namin maproseso ang iyong Aplikasyon para sa Sliding Fee na Diskwento (ang pagpepresyo kung saan ang halaga ng mga serbisyo gaya ng pangangalaga sa kalusugan ay inaayos batay sa kita at kakayahang magbayad ng isa tao), kailangan namin ng patunay ng iyong kita. Ang mga dokumentong nakalista sa ibaba ay katanggap-tanggap:

- Pay stubs para sa nakaraang buwan
- Benepisyo ng mga beterano;
- Pangkalahatang tulong;
- Worker's compensation (kompensasyon ng manggagawa);
- Mga Porma ng W-2;
- Paunawa sa pensiyon;
- Ang nakaraang taon na pederal na pagbabalik ng buwis;
- Mga pagpapatunay sa kita ng Social Security;
- Sustento/Suporta sa anak;
- Pagpapatunay ng kita sa kawalan ng trabaho o kapansanan;
- Mga stipend, regalo, at donasyon.

Kung ikaw ay may sariling hanapbuhay, sapat na ang isang kopya ng iyong tax return na may Schedule C, o mga kopya ng mga invoice sa iyong mga kliyente sa nakalipas na 3 buwan kasama ang deposito at mga talaan ng gastos sa negosyo.

Ang mga kopya ng alinman sa mga nabanggit na dokumento sa itaas ay makakatulong sa amin na matukoy ang iyong pagiging karapat-dapat.

Upang makatanggap ng mga diskwento sa ilalim ng programang ito, dapat mong ibalik ang mga hiniling na dokumento sa Wahiawā Health sa loob ng 14 na araw mula sa petsa ng serbisyo. Kung hindi mo isinumite ang mga dokumentong ito, PANANAGUTAN MO ANG PAGBAYAD NG BUONG GASTOS NG PAGBISITA. Ipapagbigay-alam sa pasyente kung sila ay naaprubahan o tinanggihan. Kung naaprubahan, kakailangan mong isumite ulit ang aplikasyon sa loob ng isang taon sa petsa ng pag-apruba.

Kung tumanggi kang magbigay ng impormasyon sa laki ng pamilya at/o kita, ikaw o ang miyembro sa iyong pamilya ay hindi magiging karapat-dapat para sa anumang diskwento, at tatanggihan ang aplikasyon. Ang opisina ng Pananalapi ay maglalagay ng tala sa account na nagsasaad na ang aplikasyon ay tinanggihan, at ang pasyente ay hindi karapat-dapat.

Pakiusap at makipag-ugnayan sa Wahiawā Health kung mayroon kang anumang mga katanungan tungkol sa Programa sa Sliding Fee na Diskwento sa **(808) 622-1618 opsyon 2 na ililipat sa Manggagawa sa Kalusugan ng Komunidad o Tagapagtaguyod ng Pasyente.**

Pakiusap at kumpletuhin ang porma na ito nang tumpak hangga't maari upang matulongan kang maging kwalipikado para sa mga diskwento sa Sliding Fee. Ang iyong personal na impormasyon ay hindi kailanman iniuulat sa, o ibinabahagi sa, sinumang ibang tao. **Kung gusto mo ng tulong sa pag-apply para sa health insurance, mangyaring ipaalam sa Resepsiyonista na gusto mong makita ang Community Health/Patient Advocate Staff (Manggagawa sa Kalusugan/Tagapagtaguyod ng Pasyente)**

IMPORMASYON SA APLIKANTE

Apelyido: _____ Pangalan: _____ MI: _____

Adres na Pagpapadalhan: _____ Lungsod: _____ Zip: _____

Adres ng Tirahan: _____ Lungsod: _____ Zip: _____

Telepono sa Bahay: _____ Telepono sa Trabaho: _____ Cell Phone: _____

Email Address: _____ Petsa ng Kapanganakan: _____

MGA MIYEMBRO NG SAMBAHAYAN

Ilang tao ang nakatira sa iyong sambahayan? _____ *Pakilista ang lahat ng nakatira sa iyong sambahayan sa ibaba.*

Pangalan: _____ DOB: _____ Kaugnayan: _____

Pangalan: _____ DOB: _____ Kaugnayan: _____

Pangalan: _____ DOB: _____ Kaugnayan: _____

Pangalan: _____ DOB: _____ Kaugnayan: _____

Pangalan: _____ DOB: _____ Kaugnayan: _____

Pangalan: _____ DOB: _____ Kaugnayan: _____

Pangalan: _____ DOB: _____ Kaugnayan: _____

Pangalan: _____ DOB: _____ Kaugnayan: _____

MGA PINAGMUMULAN NG KITA	TAUNANG KITA O BUWANANG GROSS	
Pinagtatrabahuhan (Aplikante): _____	\$ _____	\$ _____
Pinagtatrabahuhan (Asawa): _____	\$ _____	\$ _____
Pinagmulan ng Hindi Nakikitang Kita (e.g., SS, SSDI, TDI, pensiyon): _____	\$ _____	\$ _____
Kung may sariling hanapbuhay, pangalan sa Negosyo: _____	\$ _____	\$ _____
Iba pang Pinagmumulan ng Kita: _____	\$ _____	\$ _____
Iba pang Pinagmumulan ng Kita: _____	\$ _____	\$ _____
Iba pang Pinagmumulan ng Kita: _____	\$ _____	\$ _____

Ang patunay ng kita ay kinakailangan upang maproseso ang iyong aplikasyon. Mas gugustohin ang isang kopya ng iyong pinakabagong pederal na pagbabalik ng buwis bilang patunay ng kita, gayunpaman, ang mga dokumentong nakalista sa ibaba ay tinatanggap din:

- Pay stubs para sa huling tatlong panahon ng suweldo
- Benepisyo nga mga beterano
- Pangkalahatang tulong
- Kompensasyon ng Manggagawa
- Sustento/Suporta sa anak
- Pagpapatunay ng kita sa kawalan ng trabaho o kapansanan
- Mga Porma ng W-2
- Paunawa sa pensiyon
- Pederal na pagbabalik ng buwis sa kita noong nakaraang taon kasama ang Iskedyul B
- Mga pagpapatunay sa kita ng Social Security
- Pederal na pagbabalik ng buwis sa kita noong nakaraang taon kasama ang Iskedyul C
- Mga stipend, regalo, at donasyon

Pakiusap kumpletuhin lamang itong Deklarasyon ng Kita kung wala kang anumang kita o hindi makakapagbigay nga patunay ng iyong kita.

DEKLARASYON NG KITA

Pakipaliwanag kung bakit hindi ka makapagbigay ng patunay ng kita. Halimbawa, maaari kang nababayaran ng cash lamang, at walang bank account; o inaalagaan mo ang mga anak ng iyong mga kamag-anak, o matatandang magulang, kapalit ng paninirahan sa kanilang tahanan.

I, _____ ,
Isulat ang Buong Pangalan ng Aplikante

IDEKLARA SA ILALIM NG PARUSA NG PAGBUBULAAN SA ILALIM NG MGA BATAS NG ESTADO NG HAWAI'I NA AKING TUMPAK NA NAG-ULAT AT NADOKUMENTO ANG AKING KITA, O KAWALAN NITO, HANGGANG SA AKING KAKAYAHAN.

Inisyal **NAUUNAWAAN KO NA ANG MALING PAGPAPAHAYAG NG KITA AY MAGRERESULTA NG PERMANENTENG PAG-URONG SA AKING APLIKASYON SA PROGRAMA SA SLIDING FEE NA DISKWENTO**

Inisyal **NAUUNAWAAN KO NA ANG PROGRAMA SA SLIDING FEE NA DISKWENTO AY PARA LAMANG SA MGA SERBISYO SA WAHIAWA HEALTH AT WAIALUA HEALTH CENTER.**

Inisyal **NAUUNAWAAN KO NA AKING RESPONSABILIDAD ANG BUONG HALAGA NG ANUMANG SERBISYONG NATANGGAP MALIBAN KUNG APROBADO SA SLIDING FEE NA DISKWENTO**

Lagda ng Aplikante

Petsa

Ang abisong ito ay naglalaman ng KUMPIDENSYAL na impormasyon na nilayon lamang para sa paggamit ng Wahiawa Center para sa Kalusugan ng Komunidad. Ang iyong impormasyon ay mahalaga at kumpidensyal. Ang aming etika at mga patakaran ay nangangailangan na ang iyong impormasyon ay hawakan nang may mahigpit na pagtitiwala. Kung HINDI ikaw ang nilalayong tatanggap ng impormasyong ito, o isang ahente o empleyado na responsable para sa paghahatid nito sa nilalayong tatanggap, sa pamamagitan nito ay inaabisuhan ka na ang anumang hindi awtorisadong pagpapakalat o pagkopya ng pabatid na ito, o ang impormasyong nakapaloob dito, ay mahigpit na ipinagbabawal.

PARA LANG SA MGA KAWANI

INAPRUBAHAN NI _____ PETA _____

BAYAD SA SLIDING SCALE _____

PETA NG PAGKAWALA NG BISA _____

PETA NA NA-SCAN SA CHART _____

PETA NA IBINIGAY ANG KOPYA SA PASYENTE _____

IMPORMASYON SA PASYENTE

Apelyido: _____ Pangalan: _____ MI: _____

Adres na Pagpapadalhan: _____ Lungsod: _____ Zip: _____

Adres ng Tirahan: _____ Lungsod: _____ Zip: _____

Telepono sa Bahay: _____ Cell Phone: _____

IBIGAY ANG SUMUSUNOD NA IMPORMASYON PARA SA TAONG NAGBIBIGAY NG SUPORTANG PINANSYAL SA APLIKANTE.

Apelyid: _____ Pangalan: _____ MI: _____

Adres na Pagpapadalhan: _____ Lungsod: _____ Zip: _____

Telepono sa Bahay: _____

Pinatutunayan ko na ang impormasyong ibinigay sa porma na ito ay kumpleto, totoo, at tama.

Lagda ng Aplikante

Petsa

Lagda ng Tagasuporta sa Pananalapi

Petsa