



## Kung Paano Mag-apply para sa Tulong sa mga Medikal na Bayarin sa Scripps

Tiyaking nabasa mo ang lahat bago punan ang form.

Kapag nag-aplay ka para sa tulong upang bayaran ang iyong pangangalagang medikal sa Scripps, susuriin namin ang dalawang magkaibang programa. Ang isa ay tinatawag na programa ng Scripps Charity Care program, at ang isa ay tinatawag na Discount Payment program. Para malaman kung makakatanggap ka ng tulong mula sa mga programang ito, ang iyong pamilya ay dapat kumita ng isang tiyak na halaga o mas mababa.

Para sa Scripps Charity Care program:

- Para sa kabuuang tulong, ang iyong pamilya ay dapat kumita ng 200% pababa sa Federal Poverty Guidelines.
- Kung kaunti lang ang kinikita ng iyong pamilya, nasa pagitan ng 201% at 400% ng guideline na iyon, maaari kang makakuha ng tulong o mga diskwento.

Mahalagang maibigay mo sa Scripps ang lahat ng impormasyong hinihingi namin para malaman namin ang pinakamahusay na paraan para matulungan ka. Pagkatapos mong ibigay sa amin ang lahat ng papeles na kailangan namin, makakatanggap ka ng sulat sa loob ng 30 araw na ipinapaalam sa iyo kung makakakuha ka ng tulong sa iyong mga medikal na bayarin.

**HAKBANG 1:** Basahin ang listahan sa ibaba at piliin ang pinakamahusay na paraan upang ipakita kung magkano ang kinikita mo. Maglakip ng kopya ng lahat ng papeles. Huwag ipadala ang mga orihinal na papeles dahil hindi mo na ito makukuha. Kung may nakalimutan kang ipadala na ilang papeles, maaaring mas tumagal ang pagsusuri sa iyong aplikasyon, o maaaring hindi ka makakuha ng tulong mula sa programang ito.

Uri ng Kita	Hiniling na Dokumento
Kita sa trabaho	Kopya ng indibidwal na tax return (1040 para sa kasalukuyang taon ng buwis) <b>O</b> Kopya ng dalawang pinakabagong pay stub
Self-employed	Kopya ng indibidwal na tax return (1040 para sa kasalukuyang taon ng buwis kabilang ang C).
Social Security/ Retirement	Kopya ng indibidwal na tax return (1040 para sa kasalukuyang taon ng buwis) <b>O</b> Kopya ng liham ng award mula sa Social Security na nagsasaad ng buwanang pagbabayad.
Kapansanan	Kopya ng indibidwal na tax return (1040 para sa kasalukuyang taon ng buwis) <b>O</b> Kopya ng liham ng award na nagsasaad ng bayad sa kapansanan
Kawalan ng trabaho	Kopya ng indibidwal na tax return (1040 para sa kasalukuyang taon ng buwis) <b>O</b> Kopya ng liham na nagsasaad ng buwanang halaga ng award

### HAKBANG 2. Punan at lagdaan ang kalakip na aplikasyon.

Kailangan ng Tulong sa aplikasyon? TUMAWAG sa Scripps Financial Assistance Department sa (877) 727-4777, Lunes hanggnag Biyerne, 8:00 am hanggang 5:00 pm

### HAKBANG 3. Ipadala ang iyong aplikasyon kasama ang lahat ng iyong papeles sa:

Patient Financial Services Attn: Financial Assistance

Dept 10790 Rancho Bernardo Road 4S-303, San Diego, CA 92127

**O maaari mong I-FAX ang iyong aplikasyon at lahat ng iyong papeles sa**

Fax: (858) 927-5041



## Aplikasyon ng Tulong Pinansyal ng Pasyente

### Impormasyon ng Aplikante (Guarantor)

Pangalan (una, middle initial, apelyido)		Petsa ng Kapanganakan (DOB, acronym sa Ingles) (buwan/petsa/taon)	
Address ng kalye		Lungsod, Estado, ZIP	
Numero ng telepono sa bahay/selpon	Numero ng Account ng Guarantor	Numero ng Medikal na Rekord	Social Security #
Pangalan ng asawa/tagapag-alaga (una, middle initial, apelyido)		Petsa ng Kapanganakan (DOB, acronym sa Ingles) (buwan/petsa/taon)	
Numero ng telepono sa bahay/selpon		Social Security #	
Mag-a-apply din ba ang iyong asawa para sa tulong pinansyal? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	Numero ng Pagkakakilanlan ng Aplikante:	Numero ng Medikal na Rekord:	

### SAMBAHAYAN/MGA DEPENDENT

Laki ng Sambahayan: \_\_\_\_\_ Ilista ang mga miyembro ng pamilya na kasama mong nakatira sa tahanan, tulad ng isang asawa, kwalipikadong partner sa tahanan, at mga dependent na anak na wala pang 21 taon o anumang edad kung may kapansanan. Isama ang iba pang may kapansanan na dependent na mga anak ng tagapag-alaga ng pasyente.

Apelyido:	Pangalan:	DOB:	Numero ng Medikal na Rekord:
Apelyido:	Pangalan:	DOB:	Numero ng Medikal na Rekord:
Apelyido:	Pangalan:	DOB:	Numero ng Medikal na Rekord:
Apelyido:	Pangalan:	DOB:	Numero ng Medikal na Rekord:

Hanapbuhay	Aplikante	Kasamang Aplikante	Pinagsamang Buwanang Kita
Trabaho/Self Employed			
Social Security			
Kapansanan			
Kinikita sa Isang Taon			
Sustento			
Iba Pa			

**KASUNDUAN SA PANANALAPI AT PAHINTULOT SA CREDIT REPORT**

Ipinapangako ko na lahat ng isinulat ko sa aplikasyong ito ay totoo at tama. Lahat ng nakalaki na dokumento ay mga tunay na kopya ng mga orihinal. Nauunawaan kong labag sa batas ang magsinungaling tungkol sa impormasyong ito at hindi ako makakakuha ng tulong mula sa programang ito.

Maaaring suriin ng Scripps Health ang aking credit report at iba pang mapagkukunan para makita kung kwalipikado ako

Pirma ng Pasyente/Guarantor  <b>X</b>	Petsa (buwan/petsa/taon)
Pirma ng Asawa ng Pasyente/Guarantor  <b>X</b>	Petsa (buwan/petsa/taon)

Padadalhan ka namin ng liham para ipaalam sa iyo kung makakakuha ka ng tulong para sa iyong mga medikal na bayarin