

Form ng Aplikasyon para sa Pinansyal na Tulong

UNANG SEKSYON: IMPORMASYON NG PASYENTE

Isulat nang naka-print ang iyong buong pangalan, address sa panahong natanggap mo ang medikal na serbisyo, at iba pang impormasyong hinihingi sa seksyong ito.

Numero ng Account _____ (Mga) Petsa ng Serbisyo _____

Pangalan ng Pasyente: _____

APELYIDO

PANGALAN

GITNANG INISYAL

Address: _____ Lungsod: _____ County: _____

NUMERO AT KALYE

Estadong Tinitirahan: _____ Zip Code: _____ Petsa ng Kapanganakan: ____/____/____

Katayuan sa Pag-aasawa Walang Asawa May Asawa Diborsyado

Pangunahing Numero ng Telepono: (_____) _____ Bahay Mobile Trabaho Iba pa: _____

Email Address: _____

Insurance na pangkalusugan sa petsa ng serbisyo: Walang Insurance Medicare Medicaid Iba pa _____

IKALAWANG SEKSYON: KITA AT MGA ASSET NG PAMILYA

Ibigay ang kita para sa iyong sarili, asawa, at lahat ng iba pang miyembro ng pamilya (kung naaangkop).

Pinagkakakitaan	Kabuuan para sa 3 Buwan Bago ang Serbisyo	Kabuuan para sa 12 Buwan Bago ang Serbisyo
Mga Sahod/Self Employment	\$ _____	\$ _____
Social Security	\$ _____	\$ _____
Pensyon, Mga Dibidendo, Interes, Kita sa Pagpaparenta	\$ _____	\$ _____
Kabayaran sa Pagkaalis sa Trabaho, Kabayaran sa mga Manggagawa	\$ _____	\$ _____
Suporta sa Anak (kung ang pasyente lang ang inaasahang tatanggap)	\$ _____	\$ _____
Iba pa	\$ _____	\$ _____

Mga Kabuuang Net na Asset (Mga Asset - Utang) mula noong Petsa ng Aplikasyon: \$ _____

IKATLONG SEKSYON: IMPORMASYON AT KITA NG PAMILYA

Ilista ang lahat ng miyembro ng pamilya sa iyong sambahayan at ang petsa ng kapanganakan nila.

Mangyaring ibigay ang sumusunod na impormasyon para sa lahat ng tao sa iyong immediate na pamilya na kasama mo sa bahay. Para sa mga layunin ng HCAP, ang pamilya ay nangangahulugang ang pasyente, ang asawa ng pasyente, at ang lahat ng anak ng pasyenteng wala pang 18 taong gulang (natural o inampon) na nakatira sa bahay ng pasyente. Kung wala pang 18 taong gulang ang pasyente, kasama dapat sa pamilya ang pasyente, ang (mga) natural o nag-ampon na magulang ng pasyente, at ang mga anak ng (mga) natural o nag-ampon na magulang na wala pang 18 taong gulang (natural o inampon) na kasama sa bahay ng pasyente.

Pangalan ng mga miyembro ng pamilya, kabilang ang pasyente _____ Petsa ng Kapanganakan _____ Kaugnayan sa Pasyente _____

1. Pasyente: _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

Sa pamamagitan ng paglagda ko sa ibaba, pinatutunayan kong totoo ang lahat ng aking isinaad sa aplikasyong ito at sa anumang kalakip.

Lagda ng Responsableng Partido: x _____ Petsa: _____

Sa pamamagitan ng paglagda ko sa ibaba, pinatutunayan kong sinuri at inaprubahan ko ang aplikasyong ito.

Lagda ng CEO ng Ospital: x _____ Petsa: _____