



0332C

MGA TAGUBILIN SA APLIKASYON PARA SA PINANSIYAL NA TULONG

1. Paki-kumpleto ang **lahat** ng lugar sa kalakip na form ng aplikasyon. Kung may lugar na hindi angkop sa iyo, isulat ang N/A sa inilaang espasyo.
2. Maglakip ng karagdagang pahina kung kailangan mo pa ng espasyo upang sagutin ang anumang tanong.
3. Dapat kang magbigay ng mga dokumentong nagpapatunay ng kita kapag isinumite mo ang aplikasyong ito. Ang mga sumusunod na dokumento ay tinatanggap bilang katunayan ng kita:

Kung nagharap ka ng isang pahayag ng pederal na buwis sa kita, dapat kang magsumite ng isang kopya ng:

- a. Pahayag ng pederal na buwis sa kita (Form 1040) mula sa pinakahuling taon. Dapat mong isama ang lahat ng iskediyul at kalakip na isinumite sa Internal Revenue Service.

Kung hindi ka ng nagharap ng pahayag ng pederal na buwis sa kita, paki-bigay ang mga sumusunod:

- a. Dalawang (2) pinakahuling stub ng suweldo; at
- b. Isang liham na nagpapaliwanag kung bakit hindi ka nagharap ng isang pahayag ng pederal na buwis sa kita.

Kung wala kang kita, o mga dokumentong nagpapatunay ng kita, mangyaring magbigay ng liham na nagpapaliwanag kung paano mo sinusupportahan ang iyong sarili/pamilya.

4. Ang iyong aplikasyon para sa tulong ay hindi maipoproceso hanggang ang lahat ng kinakailangang impormasyon ay maibigay.
5. Mahalagang kumpletuhin at isumite mo ang Aplikasyon para sa Pinansiyal na Tulong kasama ang lahat ng kinakailangang kalakip sa loob ng **labing-apat (14) na araw**.
6. Dapat mong pirmahan at petsahan ang Aplikasyon para sa Pinansiyal na Tulong. Kung ang pasyente/responsableng partido at asawa ang nagbigay ng impormasyon, ang pareho ay dapat pumirma sa aplikasyon.
7. Kung may mga tanong ka, paki-tawagan ang Patient Business Office sa (909) 651-4177, sa pagitan ng mga oras na 9:00 a.m. at 5:00 p.m. Lunes hanggang Huwebes, at 9:00 a.m. at 2:00 p.m. sa araw ng Biyernes (hindi kasama ang mga araw ng Sabado at Linggo at mga piyesta opisyal). Sa mga araw ng Sabado at Linggo, piyesta opisyal at pagkalampas ng mga regular na oras, paki-kontak ang sinumang Kinatawan sa Pagpaparehistro para sa tulong.
8. Ipadala ang iyong kinumpletong Aplikasyon para sa Pinansiyal na Tulong at lahat ng kinakailangang dokumento sa:

Loma Linda University Children's Hospital
Patient Business Office
P.O. Box 907
Loma Linda, CA 92354



Loma Linda University Children's Hospital
MGA TAGUBILIN SA APLIKASYON PARA
SA PINANSIYAL NA TULONG

Pahina 1 ng 3

PAGKAKAKILANLAN NG PASYENTE

19-0332C (2-15)

MGA TAGUBILIN SA APLIKASYON PARA SA PINANSIYAL NA TULONG

Ang layunin ng form na ito ay pagpasiyahan ang pagiging karapat-dapat ng pasyente/responsableng partido para sa pinansiyal na tulong alinsunod sa Patakaran sa Kawanggawang Pangangalaga/May Diskuwentong Pagbabayad ng Loma Linda University Children's Hospital.

PANGALAN NG PASYENTE/RESPONSABLENG
PARTIDO _____

PANGALAN NG
ASAWA _____

ADDRESS

TELEPONO
Tirahan: _____
Trabaho: _____

NUMERO NG SOCIAL SECURITY
Pasyente/Responsableng partido _____

Asawa _____

KATAYUANG PAMPAMILYA (Ilista ang lahat ng nakadepende na sinusuportahan mo)

| Pangalan | Edad | Kaugnayan |
|----------|------|-----------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

KATAYUAN SA TRABAHO

Pasyente/Responsableng partido

Pinagtatrabahuhan

Pasyente/Responsableng partido _____

Posisyon _____

Pinagtatrabahuhan _____

Matatawagang Tao _____

Matatawagan sa Pinagtatrabahuhan _____

Telepono _____

Pinagtatrabahuhan ng Asawa

Posisyon ng Asawa _____

Pinagtatrabahuhan _____

Matatawagang Tao _____

Matatawagan sa Pinagtatrabahuhan _____

Telepono _____



Loma Linda University Children's Hospital
MGA TAGUBILIN SA APLIKASYON PARA
SA PINANSIYAL NA TULONG

Pahina 2 ng 3

PAGKAKAKILANLAN NG PASYENTE

PAPASOK

| | Pasyente/ Tagagarantiya | Asawa |
|--|----------------------------|----------|
| 1. Kabuuang Sahod at Suweldo/Taon (bago ang mga kabawasan) | \$ _____ | \$ _____ |
| 2. Kita sa Pagtatrabaho sa Sarili/Taon | \$ _____ | \$ _____ |
| 3. Ibang Kita: | | |
| a. Interes at mga Dibidendo | \$ _____ | \$ _____ |
| b. Mga Pagrenta at Pagpapaupa ng Tunay na Ari-arian | \$ _____ | \$ _____ |
| c. Social Security | \$ _____ | \$ _____ |
| d. Alimonya | \$ _____ | \$ _____ |
| e. Suporta sa Anak | \$ _____ | \$ _____ |
| f. Kawalan ng Trabaho/Kapansanan | \$ _____ | \$ _____ |
| g. Pampublikong Tulong | \$ _____ | \$ _____ |
| h. Lahat ng Ibang Pinagkukunan (maglakip ng listahan) | \$ _____ | \$ _____ |
| Kabuuang Kita (idadag ang mga linya 1 - 3h sa itaas) | \$ _____ | \$ _____ |

MGA HINDI PANGKARANIWANG GASTOS

Mangyaring magbigay ng impormasyon tungkol sa anumang hindi pangkaraniwang gastos tulad ng mga bayaring medikal, pagkabangkarote, mga hatol ng hukuman o kabayaran sa pakikipag-ayos (maglakip ng listahan kung kinakailangan).

| Paglalarawan | Halaga |
|--------------|--------|
| | |
| | |
| | |

Sa pagpirma sa ibaba, ako/kami ay nagpapahayag na ang lahat ng impormasyong ibinigay ay totoo at tama sa abot ng aking/aming kaalaman. Pinahihintulutan ko/namin ang LLUCH na beripikahin ang anumang impormasyong nakalista sa aplikasyong ito. Ako/kami ay malinaw na naggagawad ng permiso na kontakin ang aking/aming pinagtatrabahuhan.

| | |
|---|----------------------------------|
| Pirma ng Pasyente/Responsableng partido | Kaugnayan sa Pasyente Petsa |
| Pirma ng Asawa | Petsa |

