

Rady Children's Hospital – San Diego

MGA TAGUBILIN SA APLIKASYON SA TULONG PINANSYAL

Mga tagubilin

Ang Programa ng Tulong Pinansyal ng Rady Children's Hospital San Diego ay nagbibigay ng pinansiyal na tulong sa mga pasyenteng may medikal na pangangailangan sa pangangalagang pangkalusugan at may mababang kita, walang insurance o kulang sa insurance, hindi kwalipikado para sa isang programa ng pamahalaan, at kung hindi man ay hindi kayang magbayad para sa medikal na kinakailangang pangangalaga batay sa kanilang indibidwal na pamilya sa kalagayang pinansyal.

Para matukoy kung ang isang pasyente/ guarantor ay kwalipikado para sa tulong pinansyal, kailangan nating kumuha ng ilang partikular na impormasyong pinansyal.

Pakikumpleto ang kalakip na aplikasyon at ibalik na may mga kopya ng sumusunod:

1. Dokumentasyon ng kita ng Pasyente/Pamilya. Maaaring i-verify ang kita sa pamamagitan ng alinman sa 1 sa mga sumusunod na mekanismo: 1. Mga tax return o pagbabalik ng buwis (mas gusto) 2. Mga kamakailang pay stub/paycheck remittance o pagpapatunay sa telepono sa pamamagitan ng pinagtatrabahuhan

Kung ang pasyente/Guarantor ay hindi makapagbigay ng dokumentasyon ng kita, ang Rady Children's sa sarili nitong pagpapasya ay posibleng hilingin sa pasyente/Guarantor na gumawa ng isang pagpapatunay na nilagdaan sa ilalim ng parusa ng pagsisinungaling sa (i) ang katotohanan ng anumang impormasyon sa kita na ibinigay sa Pananalapi Form ng Aplikasyon ng Tulong, (ii) isang paliwanag kung bakit hindi sila nagbigay ng dokumentasyon ng kita, at (iii) pagpapatunay ng kawastuhan ng pagkalkula ng Rady Children sa kanilang kita.

2. Dokumentasyon ng mga asset kung (a) nag-a-apply para sa Pangangalaga sa Kawanggawa at (b) hiniling ng Rady Children's.
3. Kung ang pasyente ay may insurance at ang pasyente/guarantor ay nag-a-apply batay sa mataas na gastusin sa pagpapagamot, ang dokumentasyon ng mga medikal na gastusin ay aktwal na binayaran para sa pasyente, kasama kung saan naaangkop ang mga medikal na gastos na hindi natamo sa Ospital sa naunang 12 buwan. Ang mga gastos na natamo ng guarantor, na hindi nauugnay sa pasyente, ay hindi ikokonsidera. Ang mga gastos ay dapat matugunan o lumampas sa 10% ng taunang kita bago ang 12 buwan.
4. Dokumentasyon ng *presensya o kawalan* ng third party na saklaw sa kalusugan (pribadong insurance kabilang ang saklaw na inaalok sa pamamagitan ng California Health Benefits Exchange, Medi-Cal, CCS, Tricare, Medicare, Worker's Compensation, automobile insurance, o iba pa).
 - a. Ang lahat ng pasyente at/o mga guarantor na nag-a-apply para sa pinansiyal na tulong ay inaasahang ituloy ang mga opsyon sa pampublikong insurance na pangkalusugan, kabilang ngunit hindi limitado sa Medi-Cal o California Children's Services, bago gumawa ang RCHSD ng panghuling pagpapasiya sa pagiging kwalipikado sa FAP.

Itinuturing na hindi kumpleto at hindi mapoproseso ang mga aplikasyon na walang pag-verify sa kita o pinirmahang pagpapatunay. Para sa tulong sa pagkumpleto ng application na ito, maiging makipag-ugnayan sa Rady Children's Hospital - San Diego sa 858-966-4005. Pakibalik ang aplikasyon at pag-verify ng mga dokumento ng kita sa loob ng 21 araw ng kalendaryo sa pamamagitan ng koreo o nang personal sa:

Financial Counseling Department
Rady Children's Hospital – San Diego
3020 Children's Way, MC 5055
San Diego, California 92123-4282

Aabisuhan ka namin tungkol sa iyng pagiging kwalipikado mo sa address na ibinigay sa iyong aplikasyon sa tulong pinansyal.

PANGALAN NG PASYENTE _____
 PANGALAN NG GUARANTOR _____
 PANGALAN NG GUARANTOR _____
 ADDRESS _____
 TELEPONO _____

KATAYUAN NG PAMILYA: Ilista ang lahat ng sustentado sa sambahayan

Pangalan	Edad	Relasyon
Kabuuang Sustentado:		

TRABAHO AT HANAPBUHAY

Employer ng Guarantor: _____ Posisyon: _____
 Kontak at Telepono: _____
 Kung may Sariling Negosyo, Pangalan ng Negosyo: _____

Employer ng Guarantor: _____ Posisyon: _____
 Kontak at Telepono: _____
 Kung may Sariling Negosyo, Pangalan ng Negosyo: _____

KASALUKUYANG BUWANANG KITA

	Guarantor	Guarantor
<i>Magdagdag</i> Kabuuang Bayad (bago ang bawas) Kita mula sa Tumatakbong Negosyo (kung may Sariling Negosyo)	_____	_____
<i>Katumbas</i> Kasalukuyang Buwanang Kita	_____	_____
Kabuuang Buwanang Kita (pagsamahin ang parehong Guarantor)	_____	

Sa paglagda sa form na ito, sumasang-ayon akong pahintulutan ang Rady Children's Hospital – San Diego na suriin ang kasaysayan ng trabaho at kredito para sa layunin ng pagtukoy sa pagiging kwalipikado ko para sa isang diskuwento sa pananalapi. Naiintindihan ko na kailangan ko ring ibigay ang mga dokumentong nakabalangkas sa Mga Tagubilin sa Aplikasyon ng Tulong Pinansyal ng RCHSD **sa loob ng 21 araw**. Pinatutunayan ko na ang lahat ng nasa itaas ay wasto at tama at ang lahat ng kita ay iniulat. Naiintindihan ko na ang impormasyong ito ay ibinigay para sa pagtukoy ng posibleng Tulong Pinansyal para sa mga serbisyong ibinigay sa Rady Children's Hospital San Diego; at maaaring i-verify ng mga opisyal ng ospital ang impormasyon sa aplikasyon; at na ang sinasadyang maling representasyon ng impormasyon ay maaaring isailalim ako sa pagtanggap.

Lagda ng Guarantor

Petsa

Lagda ng Guarantor

Petsa