

Mahalaga: MAAARI KANG MAKATANGGAP NG LIBRE O MAY DISKUWENTONG PANGANGALAGA: Makatutulong ang pagsagot sa aplikasyong ito sa Lurie Children's Hospital na matukoy kung makatatanggap ka ng libre o may diskuwentong mga serbisyo o iba pang programang pampubliko na makatutulong sa pagbabayad para sa iyong pangangalagang pangkalusugan. Pakisumite ang aplikasyong ito sa Ospital.

KUNG HINDI KA NAKASEGURO, HINDI KINAKAILANGAN ANG NUMERO NG SOCIAL SECURITY UPANG MAGING KWALIPIKADO PARA SA LIBRE O MAY DISKUWENTONG PANGANGALAGA. Subalit, kailangan ang Numero ng Social Security para sa ilang programang pampubliko, kabilang ang Medicaid. Hindi kailangan ang pagbibigay ng Numero ng Social Security, subalit makatutulong sa Ospital na matukoy kung kwalipikado ka sa anumang programang pampubliko.


Pakikumpleto ang form na ito at isumite ito sa ospital nang personal, sa pamamagitan ng koreo, electronic mail, o fax upang mag-apply para sa libre o may diskuwentong pangangalaga sa address na nasa ibaba.

Ann & Robert H. Lurie Children's Hospital of Chicago
225 East Chicago Avenue, #44, Chicago, IL 60611
Tel: 877.924.8200 | Fax: 312.227.9501

Kinikilala ng pasyente o (Mga) Tagapag-alaga na gumawa siya ng matapat na pagsisikap upang ibigay ang lahat ng impormasyong hinihiling sa aplikasyon upang matulungan ang Ospital na matukoy kung ang pasyente ay kwalipikado para sa pinansiyal na tulong.

| | | | | | |
|--|----------|----------|--|--------------------------------------|-----------------|
| (Mga) Numero ng Account ng Pasyente: | | | Numero ng Guarantor: | | |
| IMPORMASYON NG PASYENTE | | | | | |
| Apelyido | Pangalan | M.I. | Petsa ng Kapanganakan | Numero ng Social Security | Laki ng Pamilya |
| Kalye | Lungsod | Estado | Zip Code | Telepono sa Bahay | |
| Tagapag-empleyo | Adres | | | | Cell Phone |
| Lungsod | Estado | Zip Code | Buwanang Kita | Telepono sa Trabaho | |
| IMPORMASYON NG GUARANTOR (MAGULANG/TAGAPAG-ALAGA) | | | Kaugnayan sa Pasyente <input type="checkbox"/> Ama <input type="checkbox"/> Ina <input type="checkbox"/> Iba pa | | |
| Apelyido | Pangalan | M.I. | Edad | Numero ng Social Security (opsyonal) | |
| Kalye | Lungsod | Estado | Zip Code | Telepono sa Bahay | |
| Tagapag-empleyo | Adres | | | | Cell Phone |
| Lungsod | Estado | Zip Code | Buwanang Kita | Telepono sa Trabaho | |
| IMPORMASYON NG GUARANTOR (MAGULANG/TAGAPAG-ALAGA) | | | Kaugnayan sa Pasyente <input type="checkbox"/> Ama <input type="checkbox"/> Ina <input type="checkbox"/> Iba pa | | |
| Apelyido | Pangalan | M.I. | Edad | Numero ng Social Security (optional) | |
| Kalye | Lungsod | Estado | Zip Code | Telepono sa Bahay | |
| Tagapag-empleyo | Adres | | | | Cell Phone |
| Lungsod | Estado | Zip Code | Buwanang Kita | Telepono sa Trabaho | |

APLIKASYON PARA SA PINANSIYAL NA TULONG

| | | | |
|--|---|---|-----------------------|
| IMPORMASYON NG CONTACT SA E-MAIL NG PASYENTE/PAMILYA | | | |
| PROGRAMA NG MAPAGPALAGAY NA KWALIPIKASYON | | | |
| <p>Maaari kang maging kwalipikado para sa pinansiyal na tulong kung kasalukuyan kang nakatala sa isa sa mga partikular na programang tulong na nakalista sa ibaba. Pakisuri ang mga programa at ipahiwatig kung kasalukuyan kang nakatala sa programa. (Dapat ibigay ang katibayan ng kasalukuyang pagpapatala sa programa ngunit walang iba pang dokumentasyon ang kakailanganin, at hindi na kailangan ang impormasyon ng Buwanang Kita na hiniling sa itaas.)</p> | | | |
| 0251660288251661312 | | | |
| |  | Pakitukoy sa column sa kaliwa kung kasalukuyan kang nakatala sa alinman sa mga sumusunod na programa. | |
| | | Women, Infants and Children Nutrition Program (WIC) | |
| | | Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) | |
| | | Mga Programa sa Libreng Tanghalian at Agahan ng Illinois | |
| | | Low Income Home Energy Assistance Program (ILHEAP) | |
| | | Programang Nakabase sa Komunidad na nagbibigay ng access sa pangangalagaan medikal | Tukuyin ang Pangalan: |
| | | Kaloob na Tulong para sa mga serbisyong medikal | Tukuyin ang Pangalan: |
| | | Temporary Assistance for Needy Families (TANF) | |
| | | Programang Tulong sa Upa sa Pabahay ng IHDA | |
| <p>Kung hindi ka kwalipikado para sa mga programang nakalista sa itaas, mangyaring ibigay ang sumusunod na impormasyon para sa bawat naaangkop na miyembro ng pamilya</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) kopya ng pinakakasalukuyang bayad sa buwis (1040) 2) kopya ng huling tatlong pay stub ng lahat ng miyembro ng pamilya na may trabaho 3) kung naaangkop, kopya ng Social Security Award 4) kung naaangkop, kopya ng Pahayag ng Kawalan ng Trabaho 5) iba pang kita (suporta sa anak, sustento, sulat ng employer kung binayaran ng cash) | | | |
| <p>Tandaan: Bagama't kadalasang nagagawang matukoy ng Ospital ang kwalipikasyon gamit ang mga dokumento na nakadetalye sa itaas. Maaring hilingin ang karagdagang paglilinaw upang makatulong sa proseso ng kwalipikasyon, kabilang ang mga sumusunod na item: impormasyon ng Checking at Savings account; Stocks; Mga Sertipiko ng Deposito; Mga Mutual Fund; Real property; at impormasyon sa account ng Health savings/Flexible spending.</p> | | | |

Sertipikasyon ng Aplikante: Pinatutunayan ko na ang impormasyon sa aplikasyong ito ay totoo at tama sa abot ng aking kaalaman. Mag-a-apply ako para sa anumang tulong ng estado, pederal o lokal na kung saan ay maaari akong kwalipikado upang makatulong na bayaran ang bayaring ito sa ospital. Nauunawaan ko na ang impormasyong ibinigay ko ay maaaring i-verify ng ospital at pinahintulutan ko ang ospital na kontakin ang mga ikatlong partido kung kinakailangan upang i-verify ang katumpakan ng impormasyon na ibinigay sa aplikasyong ito. Nauunawaan ko na kung sasadyain kong magbigay ng hindi totoong impormasyong sa aplikasyong ito, hindi ako magiging kwalipikado para sa pinansiyal na tulong, maaaring baligtaring ang anumang pinansiyal na tulong na ipinagkaloob sa akin, at magiging responsable ako sa pagbabayad ng mga singilin ng ospital.

Lagda ng Aplikante: _____ Petsa: _____