

APLIKASYON SA TULONG PINANSYAL

Bucyrus Hospital • Galion Hospital • Avita Ontario • Avita Physicians

Pangalan ng Aplikante _____
Apelyido Pangalan GITNANG INISYAL

Address ng Kalye _____

Lungsod _____ Estado _____ Zip _____ Telepono _____

*(Mga) Petsa ng Serbisyo _____

(Mga) Account Number _____

1. U.S. citizen ba ang (mga) pasyente? ☐ Oo ☐ Hindi
2. Residente ba ng Ohio ang (mga) pasyente sa panahon ng kanyang serbisyo? ☐ Oo ☐ Hindi
3. Aktibong tumatanggap ba ng Medicaid ang (mga) pasyente sa panahon ng kanyang serbisyo? ☐ Oo ☐ Hindi
 Kung oo, (mga) numero ng ID ng tumatanggap ng Medicaid: _____
4. Mayroon bang insurance sa kalusugan (maliban sa Medicaid) ang (mga) pasyente sa panahon ng kanyang serbisyo? ☐ Oo ☐ Hindi
 Kung oo, ibigay ang pangalan ng insurance: _____

Ibigay ang lahat ng kinakailangang impormasyon para sa aplikante at lahat ng taong nakatira sa kanyang tahanan.

Buong Pangalan	Petsa ng Kapanganakan	Relasyon sa Aplikante	Kabuuang Kita (Total Gross Income)		
			Pinagmumulan ng Kita (hal. Trabaho, SSI, Suporta sa Anak, Sustento Alimony)	3 buwan bago ng pinakaunang petsa ng serbisyo	12 buwan bago ng pinakaunang petsa ng serbisyo

Kung iniulat mo ang \$0 o pinakamababang kita, magbigay ng maikling paliwanag sa ibaba sa kung paano mo tinutugunan ang mga pangunahing kailangan sa buhay, kasama ang kung sino ang nagkakaloob ng tirahan, pagkain, transportasyon, utility (kuryente, tubig, atbp.), damit at kung gaano katagal ka nang sinusuportahan ng (mga) tao at/o (mga) ahensya na ito.

KITA mula sa (lahat ng kapamilya)

Lagyan ng tsek ang lahat ng naaangkop **

- ☐ Mga Kopya ng mga Kasalukuyang Pay Stub at
- ☐ Nakaraang Taon na mga W2 Social Security /
- ☐ Pensyon / Sulat ng Benepisyo sa Kapansanan Bayad sa Kawalan ng Trabaho
- ☐ Kita mula sa Sariling Pagtatrabaho (Self-Employment)
- ☐ Suporta sa Anak o Sustento (Alimony)
- ☐ Iba pa: _____

MGA LIQUID ASSET (lahat ng miyembro ng pamilya)

Lagyan ng tsek ang lahat ng naaangkop **

- ☐ Cash
- ☐ (Mga) Checking / Saving Account
- ☐ Statement Iba pa: _____

**** Kung nilagyan ng tsek, kakailanganin mong mag-upload/magbigay ng sumusuportang dokumentasyon**

Ibalik ang form na ito kasama ang sumusuportang dokumentasyon sa:

Avita Health System
 Attn: Patient Services
 269 Portland Way S
 Galion, OH 44833
 Fax: 419-462-4582

Para sa tulong, tumawag sa: 419-468-0512

Naiintindihan ko na kung sadya akong nagbigay ng hindi tunay na impormasyon o may hindi ako ibinigay na impormasyon tungkol sa anumang sitwasyon, mapapailalim ako sa posibleng pag-uusig dahil sa panloloko. Sa pagpirma sa aplikasyong ito, inaawtorisahan ko ang paglalabas ng anumang impormasyon na kinakailangan upang matukoy ang aking pagiging kwalipikado, hindi ibubukod ang pagpapatunay ng address, isang credit check sa pamamagitan ng national credit bureau, asset check sa pamamagitan ng County Tax Assessor, at pagpapatunay ng lahat ng benepisyo ng nakalista.

Lagda _____ Petsa _____