



PANGALAN NG PASYENTE:

NUMERO NG ACCOUNT:

Salamat sa pagpayag sa Community Medical Centers na ibigay ang iyong mga pangangailangan sa pangangalagang pangkalusugan.

Nakalakup ang isang Aplikasyon para sa Tulong Pinansiyal para matukoy ang posibilidad ng pinansiyal na paghihirap. Kung interesado ka sa pag-apply, mangyaring kumpletuhin ang aplikasyon at ibalik ito sa amin sa loob ng susunod na (15) labinlimang araw ng negosyo. Mangyaring maglakip ng kopya ng mga sumusunod na dokumento kasama ng iyong aplikasyon:

Patunay ng Kita para sa lahat ng miyembro ng pamilya sa sambahayan

1. Tatlong (3) kamakailang pay stub, W-2 o pinakahuling inihaing Ulat ng Buwis o
2. Kung self-employed, ibigay ang pinakahuling inihaing Ulat ng Buwis (kasama ang schedule C) o
3. Kung walang trabaho, maglakip ng pahayag sa benepisyong kompensasyon para sa kawalan ng trabaho o
4. Pahayag sa Pagreretiro/Pensiyon (kung nalalapat) o
5. Kung tumatanggap ng pampublikong tulong, mangyaring maglakip ng patunay ng kwalipikasyon/kasalukuyang pagpapatala sa alinman sa mga sumusunod na programa ng gobyerno: Programang Medicare Savings, Cal WORKS, Cal Fresh (Mga Food Stamp), Supplemental Security Income/State Supplementary Payment, (Karagdagang Panseguridad na Kita/Karagdagang Pagbabayad ng Estado, SSI/SSP), o Women, Infants and Children (Mga Bata, Sanggol at Bata, WIC)

Ang mga pasyenteng may medikal na insurance ay **dapat** ding magbigay ng mga dokumento para maberipika na 10% ng kita ng pamilya ang ibinayad o kailangang ibayad patungo sa mga medikal na gastusin sa loob ng nakaraang 12 buwan. Maaaring ilapat ang lahat ng kasalukuyang balanse, medikal na bill/resibo, at premium sa botika at medikal na insurance patungo sa 10%.

Nakatuon ang Community Medical Centers sa paglilingkod sa ating komunidad. Ikinagagalak naming natulungan ka namin sa iyong panahon ng pangangailangan.

Kung mayroon kang anumang tanong tungkol sa account na ito, o tungkol sa kinakailangang dokumentasyon, mangyaring tumawag sa amin sa (559) 459-3939 o (800) 773-2223 opsiyon #3. Hindi mapoproseso ang hindi kumpletong aplikasyon.

I-mail ang nakumpleto at nilagdaang aplikasyon at dokumentasyon sa address sa ibaba o i-fax ang mga ito sa (559) 230- 8505:

Patient Financial Services  
Community Medical Centers  
PO Box 1232  
Fresno, CA 93715-9889

Petsa kung kailan ibinigay/na-mail ang form \_\_\_\_\_ Ibalik ang form bago ang \_\_\_\_\_

### Aplikasyon para sa Tulong Pinansiyal ng CMC

PANGALAN NG PASYENTE	ACCOUNT NG PASYENTE #
	MEDIKAL NA REKORD #

#### I. PASYENTE / RESPONSABLENG PARTIDO

APELYIDO	PANGALAN GITNANG INISYAL
ADDRESS NG KALSADA	# NG SOCIAL SECURITY
	TELEPONO SA BAHAY
	CELL PHONE
PANGALAN NG EMPLOYER	TELEPONO NG NEGOSYO
	KABUUANG BUWANANG KITA \$

#### II. ASAWA / DOMESTIC PARTNER (KINAKASAMA)

APELYIDO	PANGALAN GITNANG INISYAL
ADDRESS NG KALSADA	# NG SOCIAL SECURITY
	TELEPONO SA BAHAY
	CELL PHONE
PANGALAN NG EMPLOYER	TELEPONO NG NEGOSYO
	KABUUANG BUWANANG KITA \$

#### III. IMPORMASYON NG SAMBAHAYAN

Ilista ang asawa, domestic partner, mga dependent na batang wala pang 21 taon. Kung menor-de-edad ang pasyente, ilista ang lahat ng magulang, tagapangalagang kamag-anak, at (kapatid na wala pang 21 taon)

PANGALAN	PETA SA NG KAPANGANAKAN	KAUGNAYAN

**KABUUANG BILANG NG TAO SA SAMBAHAYAN:**

<b>IV. BUWANANG KABUANG KITA</b>	
Buwanang Kita ng Pasyente / Responsableng Partido	\$
Buwanang Kita ng Asawa/Domestic Partner (Kung Nalalapat)	\$
Kita sa Pagretiro	\$
Natanggap na Sustento/Mga Pagbabayad para sa Suporta	\$
Kompensasyon para sa Kawalan ng Trabaho o sa Manggagawa	\$
Social Security/Social Security para sa Kapansanan	\$
Iba Pang Kita	\$
Kung ibinayad ang Sustento/Mga Pagbabayad para sa Suporta, ibawas dito	-\$
<b>KABUUAN NG BUWANANG GROSS NA KITA</b>	<b>= \$</b>

<b>V. IBA PANG IMPORMASYON</b>		
	<b>Oo</b>	<b>Hindi</b>
Ikaw ba ay mas matanda sa 18 taon at sinasabi ba sa ulat ng buwis sa kita ng iyong mga magulang na dependent ka?		
Nakatala ka ba sa: Programang Medicare Savings, Cal WORKS, Cal Fresh (Mga Food Stamp), Supplemental Security Income/State Supplementary Payment, (Karagdagang Panseguridad na Kita/Karagdagang Pagbabayad ng Estado, SSI/SSP), o Women, Infants and Children (Mga Bata, Sanggol at Bata, WIC)?		
May insurance ka ba sa kalusugan?		
Ang pagbisitang ito ba ay dulot ng ikatlong partido, tulad ng aksidente sa sasakyan o pagkadulas at pagkatumba?		
Nag-apply ka na ba para sa Medi-Cal o Medicare?		
Nag-apply ka na ba para sa Covered California?		

<b>TATANGGIHAN ANG MGA HINDI KUMPLETO O MAPANLINLANG NA APLIKASYON</b>
<p>SA PAMAMAGITAN NG PAGKUMPLETO NG PINANSIYAL NA PAHAYAG NA ITO, PINATUTUNAYAN KO NA ANG MGA PAHAYAG SA ITAAS AY TAMA AT KUMPLETO, AT IBINIBIGAY KO ANG AKING PAHINTULOT SA KARAGDAGANG BERIPIKASYON NG COMMUNITY MEDICAL CENTERS.</p> <p>LAGDA: _____</p> <p>ISULAT ANG PANGALAN: _____</p> <p>PETSA: _____</p> <p>KAUGNAYAN KUNG IBA PA SA PASYENTE: _____</p>

I-mail ang nakumpletong aplikasyon at dokumentasyon sa address sa ibaba o i-fax ang mga ito sa (559) 230-8505:

Patient Financial Services  
Community Medical Centers  
PO Box 1232  
Fresno, CA 93715-9889