



**BON SECOURS HEALTH SYSTEM
APLIKASYON PARA SA TULONG PINANSYAL**

Petsang Naipadala _____

Pasilidad _____ Bilang ng Account _____
 Apelyido ng Pasyente _____ Pangalan _____ MI _____
 Bilang ng SS _____ Petsa ng Kapanganakan _____ Estado ng Kasal _____ Numero ng Telepono _____
 Tirahan ng Pasyente _____
 Taga-empleyo _____ Taga-empleyong Asawa _____

Mga Miyembro ng Pamilya(Ilista ang asawa at mga umaasang mga anak na wala pang 18 taon, o tulad ng nakalista sa iyong mga buwis at ang kanilang(mga)petsang kapanganakan):

Pangalan	Petsa ng Kapanganakan	Pangalan	Petsa ng Kapanganakan
1. _____ / _____	4. _____ / _____	_____ / _____	_____ / _____
2. _____ / _____	5. _____ / _____	_____ / _____	_____ / _____
3. _____ / _____	6. _____ / _____	_____ / _____	_____ / _____

ANG MGA APLIKANTE AY DAPAT IBIGAY ANG LAHAT NG MGA KAILANGANG DOKUMENTO SA PAREHONG ADDRESS SA:

*Bon Secours Financial Assistance Program
 P.O. Box 742431
 Atlanta, GA 30374-2431*

Mangyaring sagutin ang bawat katanungan at ibigay ang impormasyong hiniling

MGA PASYENTENG HINDI NAKA-SEGURO DAPAT MAKILAHOK SA AMING VENDOR NG SEGURO SA PAGIGING KARAPAT-DAPAT BAGO ANG PAGTANGGAP NG PANTULONG

MGA DESISYON AY IGAGAWAD SA LOOB NG 60 NA ARAW SA PAGTANGGAP NG KUMPLETONG APLIKASYON AT PAGLAHOK SA ATING VENDOR

Mangyaring sagutin ang lahat ng mga katanungan na nakalista sa ibaba	Kung OO, mangyaring ibigay ang sumusunod para sa BAWAT kasapi ng sambahayan sa pagtanggap ng benepisyo.
May miyembro ba ng iyong sambahayan na self-employed ? <input type="checkbox"/> OO <input type="checkbox"/> HINDI	KUMPLETONG(mga) form sa BUWIS kasama ang buwis ng negosyo mula sa pinakahuling taon ng buwis at pinakabagong listahan ng pag-file quarterly ng kita para sa quarter
May miyembro ba ng iyong sambahayan na employed ? <input type="checkbox"/> OO <input type="checkbox"/> HINDI	3 pinaka-kamakailan-lamang na pay stubs o nilagdaang sulat mula taga-empleyo
May miyembro ba ng iyong sambahayan na tumatanggap ng benepisyo sa unemployment ? <input type="checkbox"/> OO <input type="checkbox"/> HINDI	Sulat ng benepisyo printout ng Unemployment mula sa website ng Estado
May miyembro ba ng iyong sambahayan na tumatanggap ng Social Security ? <input type="checkbox"/> OO <input type="checkbox"/> HINDI	Sulat benepisyo mula SS o kumpletong pahayag ng banko kung may direktang deposito
May miyembro ba ng iyong sambahayan na tumatanggap ng Pensyon o Pag-reretiro ? <input type="checkbox"/> OO <input type="checkbox"/> HINDI	Sulat ng Pensyon/Pag-reretiroo kumpletong pahayag ng banko kung may direktang deposito
May miyembro ba ng iyong sambahayan na tumatanggap ng benepisyo ng SNAP ? <input type="checkbox"/> OO <input type="checkbox"/> HINDI	Sulat ng SNAP
May miyembro ba ng iyong sambahayan na tumatanggap ng Suporta sa Bata ? <input type="checkbox"/> OO <input type="checkbox"/> HINDI	Dokumentong iniutos ng Korte o sulat mula sa magulang na hindi nangangalaga
May miyembro ba ng iyong sambahayan na nag-mamay-ari ng ari-ariang pang-arkila o pamumuhunan ? <input type="checkbox"/> OO <input type="checkbox"/> HINDI	Kasunduan sa pangungupahan/listahan ng dokumentasyon ng halaga ng kita
May miyembro ba ng iyong sambahayan na may ibang mapagkukunan ng kita ? <input type="checkbox"/> OO <input type="checkbox"/> HINDI	Mga Stock,Bond,CD,karagdagang mga ari-arian, at iba pa...Maglakip ng kasalukang (mga) pahayag
May miyembro ba ng iyong sambahayan na may checking, savings oaccount sa money market ? <input type="checkbox"/> OO <input type="checkbox"/> HINDI	Maglakip ng kumpletongkopya ng kasalukuyang 30 araw na pahayag para sa bawat account
WALANG PINAGKAKAKITAAN: <input type="checkbox"/> OO <input type="checkbox"/> HINDI	
Kung ang iyong sambahayan ay umaangkin na walang napagkakakitaan kailangang kasama mo ang tao na nagbibigay ng iyong pagkain, tirahan, at araw-araw na gastos sa pamumuhay lumagda sa ibaba at ipahiwatig kung anong mga uri ng tulong na ibibigay	
Aking pinatutunayan na Ako (pangalan) _____ (numero ng telepono) _____ ay nagbibigay ng pagkain, tirahan, at araw-araw na gastos sa pamumuhay para sa mga pasyente na nakalista sa itaas at/o kita ng \$ _____ kadabuwanTulong na ibinibigay: _____ Lagda _____ Kaugnayan _____ Petsa _____	

Mga Aplikante sa VISA ay dapat magbigay ng isang kopya ng lahat ng seguro, pinansiyal, at/o impormasyon ng sponsorship na ibinigay upang makakuhang VISA.

>>>Ipinagpapatuloy<<<

R040116



**BON SECOURS HEALTH SYSTEM
APLIKASYON PARA SA TULONG PINANSYAL**

Apelyido ng Pasyente _____ Pangalan _____ MI _____

Listahan ng mga Halaga ng Sariling Pag-aari

Taunang Kita ng Sambahayan	_____	CD's (Halaga sa Cash)	_____
Cash na Nakalaan/Salapi sa Banko/Mga Savings Acct(s)	_____	Pangunahing Tirahan (Halaga sa Cash)	_____
Buwanang Upa	_____	Iba pang Ari-arian (Halaga sa Cash)	_____
Buwanang Pagbabayad sa Mortgage	_____	401k (Halaga sa Cash)	_____

Dahil basa isang aksidente ang serbisyo ng pangagamot na ito? Oo ___ Hindi ___ (Ang Programa para sa Tulong Pinansyal ay hindi akma sa paggamot na may kaugnayan sa pinsala sa trabaho, pamamaraang kosmetiko o pamamaraang flat rate, mga aksidente o iba pang pangagamot kung saan ka nakakatanggap ng kabayaran para sa iyong gastusing medikal, sakit at pagdurusa at iba pang kapinsalaan).

Mayroon ka bang seguro sa kalusugan O O HINDI (Kung O O, Mangyaring magbigay ng karagdagang impormasyon sa ibaba)

1. Pangalan ng Seguro _____ Pangalan ng Holder ng Patakaran _____ Bilang ng Patakaran _____
2. Pangalan ng Seguro _____ Pangalan ng Holder ng Patakaran _____ Bilang ng Patakaran _____

Sa pamamagitan nito aking hinihiling sa Bon Secours Health System Inc., na gumawa ng isang nakasulat na pagpapasiya ng aking pagiging arapat-dapat para sa pinansiyal na tulong. Naiintindihan ko na, kung ang impormasyon na aking naisusumite ay mapatunayang hindi totoo, ang pagpapasiya ay maaaring magresulta sa isang pagtanggì ng aking aplikasyon at upang mananagot para sa mga singil para sa mga serbisyo na ibinigay. Pinapatunayan ko na ang impormasyon sa itaas ay totoo, kumpleto, at tama sa abot ng aking kaalaman. Kinikilala ko na makikipagtulungan sa vendor ng eligibility screening ay kinakailangan upang isaalang-alang para sa pinansiyal na tulong.

Karagdagang mga Puna

Lagda ng Responsableng Partido: _____ **Petsa:** _____

Ang Bon Secours Health System Inc., ay inilalaan ang karapatan upang patunayan ang impormasyon na naiulat sa aplikasyon para sa Tulong Pinansyal, ang gayong mga pagsisikap upang patunayan ang personal na kita o kakulangan nito, ay isinasagawa sa ganitong paraan upang mapanatili ang sukdulan Pagiging kompidensiyal at hindi sa anumang paraan bumuo ng anumang ulat sa pamamagitan ng anumang mga ahensiyang kawanihan ng kredito na maaaring makakaapekto ng salungat sa Pagiging pribadong aplikante.

Kung kailangan mo ng karagdagang tulong, Mangyaring bisitahin ang isang pinansiyal na tagapayo sa iyong lokal na Bon Secours hospital o tumawag sa aming Customer Service Department.

Lokal ng Richmond 804-342-1500
Toll Free 877-342-1500
Lunes – Biyernes 8:30 AM hanggang 1:00 PM at 2:00 PM hanggang 7:00PM

R040116