

Addendum A

Mga Instruksiyon sa Aplikasyon para sa Tulong Pinansiyal

Ang programang tulong pinansiyal ng Torrance Memorial Medical Center ay itinatag upang tulungan ang mga pasyenteng hindi kayang magbayad ng lahat o bahagi ng kanilang mga serbisyong pangkalusugan.

Dapat mong kumpletuhin ang kalakip na Aplikasyon para sa Tulong Pinansiyal at ibigay ang "Kinakailangang Impormasyon" na nakalista at may tsek sa ilalim ng aytem VIII ng Aplikasyon para sa Tulong Pinansiyal upang maikonsidera ka para sa programang ito.

Hindi maipoproseso ang iyong aplikasyon hanggang sa maibigay ang lahat ng kinakailangang impormasyon. Mahalaga na kumpletuhin at isumite mo ang Aplikasyon para sa Tulong Pinansiyal kasama ang lahat ng kinakailangang kalakip sa loob ng labing-apat (14) na araw mula sa petsa ng pagtanggap ng aplikasyon para sa tulong pinansiyal.

Dapat mong pirmahan at lagyan ng petsa ang aplikasyon. Kung ang pasyente/guarantor at asawa ang nagbigay ng impormasyon, dapat na kapwa sila pumirma sa aplikasyon. Kung mayroon kang mga katanungan o kinakailangang tulong, mangyaring tumawag sa (310) 517-4765 upang makausap ang aming pinansiyal na tagapayo. Ipadala ang iyong nakumpletong aplikasyon sa:

Torrance Memorial Medical Center
Patient Financial Services Department
3330 Lomita Boulevard
Torrance, CA 90505

Padadalhan ka namin ng nasusulat na abiso tungkol sa resulta sa loob ng 45 araw pagkatapos na matanggap ang nakumpletong aplikasyon kasama ang mga kinakailangang kalakip.

**Torrance Memorial Medical Center
Aplikasyon para sa Tulong Pinansiyal**

I. Impormasyon ng Pasyente

Pangalan _____ Social Security #

Address _____ Petsa ng Kapanganakan

Lungsod _____ Estado _____ Zip code
_____ # ng Telepono sa Bahay # _____ Cell Phone # _____ # ng
Telepono sa Trabaho _____

Trabaho _____ Employer/Address _____

Ang pasyente ba ay idineklarang may kapansanan Oo/Hindi ____

II. Impormasyon ng Asawa (o Magulang kung ang Pasyente ay wala pang 18 taong gulang)

Pangalan _____ Social Security #

Address _____ Petsa ng Kapanganakan

Lungsod _____ Estado _____ Zip code
_____ # ng Telepono sa Bahay _____ Cell Phone # _____ # ng
Telepono sa Trabaho _____

Trabaho _____ Employer/Address _____

III. Isa pang Magulang (kung ang Pasyente ay wala pang 18 taong gulang)

Pangalan _____ Social Security #

Address _____ Petsa ng Kapanganakan

Lungsod _____ Estado _____ Zip code _____
 # ng Telepono sa Bahay # _____ Cell Phone # _____ # ng
 Telepono sa Trabaho _____
 Trabaho _____ Employer/Address _____

IV. Itala ang Lahat ng Taong Kasama sa iyong Sambahayan, Kabilang ang Aplikante:

Pangalan	Relasyon	Edad
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

V. Kabuuang Buwanang Kita (Itala ang Detalye sa Ibabang \$ _____

Kita ng Pasyente _____ Kita ng Asawa _____
 Kita ng Magulang (kung ang Pasyente ay wala pang 18 taong gulang.)

_____ Social Security _____ Walang liban na
 Pensyon _____
 Kapansanan _____ Kawalan ng Trabaho

 Tulong Publiko/Pamahalaan _____ Alimony/Sustento _____
 Kita sa Pagpapaupa _____ Iba pa (Tukuyin ang
 Pinagmumulan) _____

VI. Kabuuang Buwanang Gastos (Itala ang Detalye sa Ibabang \$ _____

Renta/Mortgage _____ Alimony/Sustento _____
 Pagkain/Mga Suplay _____
 Tubig/Kuryente _____
 Damit _____ Insurance _____
 Sasakyan/Transportasyon/Gasolina _____ Pag-
 aaral _____

Credit Card, Iba pa _____

Pagpapalaba/Pagpapalinis _____

Damit _____ Health/Life Insurance _____

VII. Mga Pag-aari:

Mga Checking Account Balance _____ Mga Savings Account Balance _____

Stock, Mga Bono, Money Market, atbp. _____ Kung Self Employed, Halaga ng Negosyo _____

Real Estate Bukod sa Pangunahing Tirahan _____ Iba pa (tukuyin) _____

VIII. Kinakailangang Impormasyon: Mangyaring tiyakin na ilakip ang sumusunod -

- () Kopya ng federal income tax return Form 1040 para sa pinakabagong taon;
- () Kopya ng huling 3 buwan na mga ulat para sa lahat ng mga account sa banko at pamumuhunan;
- () Dalawang pinakabagong paycheck stub na nagpapakita ng kasalukuyang sahod at isang taong sweldo;
- () Kung ikaw ay self-employed, mangyaring maglakip ng isang kopya ng ulat ng pananalapi ng nakaraang 12 buwan at ng buwis para sa nakaraang taon.
- () Kung wala kang kita, mangyaring magbigay ng isang sulat na nagpapaliwanag kung paano mo sinusupportahan ang iyong sarili/pamilya.

IX. Awtorisasyon:

Pinagtitibay ko na ang impormasyon na nasa aplikasyon para sa tulong pinansiyal ay tunay at kumpleto sa abot ng aking kaalaman. Binibigyan ko ng karapatan ang Torrance Memorial Medical Center na beripikahin ang alinman o lahat ng impormasyon na ibinigay at nauunawaan ko na maaaring magsagawa ng credit report o ulat ng pangungutang bilang bahagi ng proseso ng beripikasyon.

Lagda ng Responsableng Tao

Petsa