

PROGRAMANG LIBRENG PANGANGALAGA AT MAY DISKWENTONG BAYAD

APLIKASYON

**DAPAT MAKATUGON ANG MGA APLIKANTE SA MGA SUMUSUNOD NA PAMANTAYAN PARA MAISAALANG-ALANG
PARA SA**

PAGIGING KWALIPIKADO SA PROGRAMA SA LIBRENG PANGANGALAGA O MAY DISKWENTONG BAYAD:

- Dapat mag-apply sa loob ng isang taon simula sa petsa ng serbisyo.
- Hindi dapat kwalipikado o hindi pa dapat nagagamit ang mga tagapagbayad / hindi tagapagbayad ng pamahalaan.
- Dapat ay walang pananagutan sa anumang third-party
- Dapat mag-apply para sa mga serbisyong natanggap sa Zuckerberg San Francisco General Hospital, Community Primary Care Clinics, Laguna Honda Hospital & Rehabilitation Center, Dibisyon ng Kalusugan ng Populasyon, o Mga Serbisyo sa Kalusugan na Nauugnay sa Pag-uugali.
- Dapat mag-apply para sa mga serbisyong wala pang diskwento.
- Dapat ibigay ang pinakabagong pay slip ng quarter o ang pinakabagong tax return statement ng taon
- Dapat ay nasa o wala pa sa 500% ng antas ng kahirapan sa ilalim ng pederal ang gross na sambahayang kita para sa pagsasaalang-alang sa Libreng Pangangalaga
- Dapat magbigay ng beripikasyon ng mga kwalipikadong liquid asset para sa pagsasaalang-alang sa Libreng Pangangalaga.
- Dapat ibigay ng mga pasyente o subscriber na nakatanggap ng bayad sa insurance para sa mga natatanggap na serbisyo ang kanilang bayad sa San Francisco Health Network para maging kwalipikado para sa pinansyal na tulong.

MGA TAGUBULIN PARA SA PAG-APLAY:

- Kumpletuhin at lagdaan ang aplikasyong ito.
- Isumite ang iyong aplikasyon at mga dokumento para sa beripikasyon.

Para sa mga Serbisyo sa Ospital at Klinika, ipadala ang iyong aplikasyon at mga dokumento para sa beripikasyon sa pamamagitan ng koreo sa:

Laguna Honda Hospital and Rehabilitation Center
Admissions and Eligibility Department
375 Laguna Honda Blvd, Rm PG 123
San Francisco, CA 94116

Tumawag sa Departamento sa Pinansyal na Tulong sa Pasyente sa (415)682-5683 para sa tulong.

Para sa Mga Serbisyo sa Kalusugan na Nauugnay sa Pag-uugali, ipadala ang iyong aplikasyon at mga dokumento para sa beripikasyon sa pamamagitan ng koreo sa:

BHS Program Member Services Department
1360 Mission St, 2nd Fl
San Francisco, CA 94103

Tumawag sa Departamento ng Mga Serbisyo sa Miyembro ng BHS sa (888) 246-3333 para sa tulong.

Abiso ng Aplikasyon

**IMPORMASYON TUNGKOL SA
APLIKANTE**

Apelyido:	Pangalan:
Petsa ng Kapanganakan:	Numero ng Medikal na Rekord:

PERMANENTENG ADDRESS

Tirahan:	Lungsod:
Estado:	Zip Code:
Bansa:	Telepono:
Cell Phone:	Email:

PANSAMANTALANG ADDRESS (kung naaangkop)

Address:	Lungsod:
Estado:	Zip Code:
Bansa:	Telepono:
Cell Phone:	Email:

PAGIGING KARAPAT-DAPAT AT PAGSUSURI

Ano ang iyong status sa pag-aasawa?	<input type="checkbox"/> Kasal	<input type="checkbox"/> Walang Asawa	<input type="checkbox"/> Balo	<input type="checkbox"/> Hiwalay
	<input type="checkbox"/> Diborsyado	<input type="checkbox"/> Domestic Partner		

Mayroon ka bang medikal na seguro?	<input type="checkbox"/> Mayroon	<input type="checkbox"/> Wala
	Kung mayroon, tukuyin: Ibigay ang card ng insurance.	

Mayroon ka bang kapansanang inaasahang tumagal ng 12 buwan?	<input type="checkbox"/> Oo	<input type="checkbox"/> Hindi
---	-----------------------------	--------------------------------

Mayroon ka bang nakabinbin na aplikasyon sa Medi-Cal?	<input type="checkbox"/> Oo	<input type="checkbox"/> Hindi
---	-----------------------------	--------------------------------

Buntis ka ba noong petsa ng serbisyo?	<input type="checkbox"/> Oo	<input type="checkbox"/> Hindi N/A
---------------------------------------	-----------------------------	------------------------------------

Laki ng Pamilya (sarili, asawa at mga anak na hindi pa 21 taong gulang)	# _____
---	---------

Kalahatang buwanang kabuuang kita ng pamilya sa panahon ng aplikasyon:	\$ _____
	Magbigay ng mga pay stub ng pinakahuling quarter (3 buwan) o ang tax return ng pinakahuling taon.

Kabuuang asset sa panahon ng aplikasyon (hindi kasama ang plano sa pagreretiro at na-defer na kabayaran:	\$ _____
	Magbigay ng mga financial statement mula sa pinakahuling quarter (3 buwan) hanggang sa petsa ng



aplikasyon.

Sabihin lahat ng uri ng asset account na hinahawakan:

- Checking Savings Money Market
 Certificate ng Deposito Brokerage Mutual Fund

Magbigay ng mga statement para sa lahat ng mga accounts na hawak.

Impormasyon ng Aplikasyon

Ipinapahayag kong ang mga sagot na ibinigay ay totoo at tama sa abot ng aking kaalaman. Wala akong insurance o hindi sapat ang aking insurance at wala akong pananagutan sa third-party. Naiiintindihan kong ang mga impormasyon na aking ibinigay ay sisiyasatin kung totoo. Naiiintindihan kong ang mga impormasyon ay magagamit sa pagpili para sa pagiging karapat-dapat sa mga iba't ibang Programa sa Pederal, Estado at sa County. Nauunawaan ko na kung matutukoy bilang hindi totoo ang aking impormasyon, kakailanganin kong bayaran ang kabuuang halaga ng anumang bayara para sa mga medikal na serbisyong natanggap mula sa Zuckerberg San Francisco General Hospital and Specialty Outpatient Clinics, Community Primary Care Clinics, Laguna Honda Hospital & Rehabilitation Center, Klinika para sa Kalusugan ng Populasyon, o Mga Serbisyo sa Kalusugan na Nauugnay sa Pag-uugali.

PIRMA NG APLIKANTE:

PETSA:

MGA NAKABINBING DOKUMENTO – 30 NA ARAW NA PALUGIT PARA MAGSUMITE

- 3 Buwang Pay Slip o Bagong Tax Return 3 Buwan ng lahat ng bank statement

Mga Komento:

PASYA NG DEPARTAMENTO NG PINANSYAL NA TULONG SA PASYENTE

Programa para sa Walang Bayad na Pangangalaga

- Karapat-dapat Hindi karapat-dapat

Programa ng Diskuwento

- Karapat-dapat Hindi karapat-dapat

Mga Dahilan ng Pagkakatanggi:

- Hindi pagsunod Mahigit sa 500% ng FPL ang kita
 Nakaseguro sa pamamagitan ng pagbabayad mula sa pamahalaan o ng walang kaugnayan sa pamahalaan
 Hindi sa LHH natanggap ang mga serbisyo Mayroon nang diskuwento ang mga serbisyo
 Lumampas na sa 30 araw - Hindi nakapagbigay ng mga hinihiling na mga pagpapatunay
 Iba pa (isaad) _____

Ang pagkakatukoy ng pagiging karapat-dapat ay isinagawa ni:

I-print ang Pangalan:

Pirma:

Petsa:

Petsa ng pagpapadala sa pasyente para sa pinal na pasya:

Mga Inisyal ng Tagapayo sa Pananalapi:

cc: May kopyang ipinadala sa pasyente



Apyido:

Pangalan:

Petsa ng Kapanganakan:

Numero ng Medikal na Rekord:

**PROSESO NG APELA PARA SA MGA
TINANGGIHANG APLIKASYON**

Pasya • Mga Apela

Kung natukoy na hindi ka kwalipikado sa programa sa Libreng Pangangalaga at May Diskwentong Bayad at gusto mong iapela ang pagiging hindi mo kwalipikado, mayroon kang **15 araw ng negosyo** para mag-apela mula sa petsa ng pasya sa iyong pagiging kwalipikado. Magsumite ng kopya ng nakumpletong aplikasyon na ito kasama ng nakasulat mong pahayag sa ibaba tungkol sa dahilan ng paghiling mo ng apela sa isa sa mga sumusunod:

Para sa mga pagtangi sa aplikasyon sa Ospital at Klinika: Patient Financial Assistance Manager, Zuckerberg San Francisco General Hospital, 1001 Potrero Avenue, Ward 15, San Francisco, CA 94110

Patient Access Manager, Laguna Honda Hospital and Rehabilitation Center, 375 Laguna Honda Blvd, RM PG123, San Francisco, CA 94116

Para sa mga pagtangi sa aplikasyon sa Mga Serbisyo sa Kalusugan na Nauugnay sa Pag-uugali: BHS Member Services Department, 1360 Mission, 2nd Floor, San Francisco, CA 94103

Petsa:

Dahilan ng Apela • Pasya sa Apela

Dahilan ng paghiling ng apela

PASYA SA APELA

Programa para sa Walang Bayad na Pangangalaga

Kwalipikado Hindi Kwalipikado

Programa ng Diskuwento

Kwalipikado Hindi Kwalipikado

I-print ang Pangalan:

Pirma

Petsa:

