MERCYONE GENESIS

MercyOne Genesis
Aplikasyon para sa Tulong Pinansyal

Salamat sa pagpili sa MercyOne Genesis para sa inyong mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan. Upang matukoy namin kung kayo ay kwalipikadong makatanggap ng tulong pinansyal, mangyaring kumpletuhin ang aplikasyon at ibalik ito kasama ang mga kopya ng mga dokumentong nakalista sa aplikasyon.

- **Mahalaga: MAAARI KAYONG MAKATANGGAP NG LIBRE O MAY DISKUWENTONG PANGANGALAGA:** Ang pagkumpleto sa aplikasyong ito ay makatutulong sa MercyOne Genesis na matukoy kung maaari kayong makatanggap ng libre o may diskuwentong mga serbisyo, o iba pang mga pampublikong programa na makatutulong sa pagbabayad ng inyong pangangalagang pangkalusugan.
- **KUNG WALA KAYONG HEALTH INSURANCE, HINDI KINAKAILANGAN ANG SOCIAL SECURITY NUMBER UPANG MAGING KWALIPIKADO PARA SA LIBRE O MAY DISKUWENTONG PANGANGALAGA.** Maaaring hingin ang Social Security Number lamang upang matukoy ang pagiging kwalipikado para sa ilang pampublikong programa, gaya ng Medicaid.
- Maaari ninyong kumpletuhin at isumite ang aplikasyong ito. Mangyaring kumpletuhin nang personal, sa pamamagitan ng koreo, email, o fax sa loob ng hindi bababa sa dalawang daan at apatnapung **(240)** araw mula sa petsa ng inyong paglabas sa ospital o pagtanggap ng serbisyong outpatient.
- **Mga Ari-arian:** Hindi isinasaalang-alang ng MercyOne Genesis ang mga ari-arian sa pagtukoy ng pagiging kwalipikado para sa tulong pinansyal ng ospital. Hindi ninyo kailangang magbigay ng impormasyon tungkol sa inyong mga ari-arian bilang bahagi ng aplikasyong ito.
- **Paalala: Abiso ng Presumptive Eligibility**
  Maaaring matukoy na kwalipikado ang mga pasyente para sa tulong pinansyal nang hindi kinakailangang kumpletuhin ang aplikasyong ito sa pamamagitan ng mga paraan ng presumptive eligibility na pinahihintulutan sa ilalim ng batas ng Illinois.

Ang dokumentasyong nagpapatunay ng kita para sa pasyenteng walang insurance ay limitado sa alinman sa isa (1) sa mga sumusunod
(A) ☐ Kopya ng pinakabagong tax return kasama ang mga kaugnay na iskedyul (B) ☐ Kopya ng pinakabagong W-2 form at mga 1099 form (C) ☐ Mga kopya ng dalawang (2) pinakabagong pay stub (D) ☐ Nakasulat na pagpapatunay ng kita mula sa employer kung binabayaran nang cash (E) ☐ Isa pang makatwirang paraan ng pagpapatunay ng kita mula sa ikatlong partido na katanggap-tanggap sa ospital Ibigay ang mga sumusunod, Kung naaangkop] ☐ [Pinakabagong W-2 para sa Pana-panahong Kita] ☐ [Benepisyo sa Kawalan ng Trabaho/Social Security] ☐[Kita mula sa Child Support/Alimony] ☐ [Walang Kita – Kumpletuhin ang bahagi ng aplikasyon na Letter of Financial Support]

Impormasyon ng Pasyente			
[Pangalan ng Pasyente]		[Petsa ng Kapanganakan]	
[Social Security Number/EIN (opsyonal)]	[Mobile Phone]	[Ibang Numero ng Telepono]	
[Address sa Koreo]	[Lungsod]	[Estado]	[ZIP Code]
[Email Address]	[Ano ang estado ng inyong paninirahan?]		
[Katayuang Sibil (opsyonal)] □[Walang Asawa] □[May Asawa] □[Diborsiyado] □[Iba pa] _______________			
[Naghahain ba kayo ng Federal Tax Return?] □ [Oo] □ [Hindi] [Kung hindi, bakit?]	[Maaari ba kayong ideklarang dependent sa tax return ng ibang tao?] □ [Oo] □ [Hindi]		
[Kayo ba o ang inyong mga dependent ay may health insurance noong ibinigay ang serbisyo?] □[Oo] □[Hindi] [(Magbigay ng kopya ng insurance card)]			

[Mga Miyembro ng Sambahayan, kabilang ang inyong sarili, batay sa inyong pinakahuling Tax Return]	[Petsa ng Kapanganakan]	[Relasyon sa Pasyente]	[Nakasama sa Tax Return (Oo/Hindi)]

[Buwanang Gastusin: Ilahad ang buwanang gastusin ng sambahayan]

☐ Upa o mortgage	☐ Mga Utility
☐ Pagkain	☐ Ibinabayad na Child Support/Alimony
☐ Transportasyon	☐ Bayad sa Sasakyan
☐ Pangangalaga sa Bata/Dependent	☐ Iba Pa

Kabuuang Buwanang Gastusin: ____________________

[Pagpapatunay ng Kita para sa Lahat ng Miyembro ng Sambahayan]

[Pinagmumulan ng Buwanang Kita]	[Sino ang tumatanggap nito?]	[Kabuuang Buwanang Kita (bago ibawas ang buwis)]	[Pinagmumulan ng Buwanang Kita]	[Sino ang tumatanggap nito?]	[Kabuuang Buwanang Kita (bago ibawas ang buwis)]
[Social Security/Kapansanan]			[Benepisyo sa Kompensasyon ng		
[Pensiyon]			[Kawalan ng Trabaho]		
[Sariling Hanapbuhay]			[Child Support/Alimony]		
[Pampublikong Tulong]			[Kita mula sa Paupahang Lupa]		
[Iba Pa]					

[Liham ng Suportang Pinansyal – Dapat lamang kumpletuhin ng taong nagbibigay ng suporta]

☐ [Nagbibigay ako ng higit sa 50% ng gastusin sa pamumuhay ng pasyente, ngunit hindi ko kayang tumulong sa kanyang mga gastusing medikal.]

☐ [Sa aking paglagda sa liham na ito, pinatutunayan kong tama ang pahayag sa itaas at hindi ako mananagot sa anumang bayarin ng pasyente. [Kung mayroon kayong mga tanong, mangyaring makipag-ugnayan sa akin sa ____________________________________ (Numero ng Telepono)]

[Pangalan ng taong nagbibigay ng suporta]	**[Relasyon sa Pasyente]**
[Lagda ng taong nagbibigay ng suporta]	**[Petsa]**

[PAGPAPATUNAY NG KITA AT PAGKAKAKILANLAN]

[Pinatutunayan ko na ang impormasyong nakasaad sa aplikasyong ito ay totoo at kumpleto ayon sa aking nalalaman. Nauunawaan ko na ang impormasyong aking ibinigay ay maaaring beripikahin. Nauunawaan ko rin na ako ang mananagot sa pagbabayad ng anumang serbisyong ibinigay ng mga Trinity Health affiliate kung mapapatunayang ang impormasyong nasa itaas ay ibinigay sa pamamagitan ng maling pagpapahayag.]

[Lagda ng Pasyente]: ____
[Petsa]: _________________________________

[O Lagda ng Legal na Tagapag-alaga (Kung Naaangkop)]: ______________________________________
[Petsa]: ________________________________

[Relasyon sa Pasyente]: ____
[Petsa]: ________________________________

[Mangyaring ipadala sa koreo ang inyong aplikasyon sa address na nasa itaas, i-fax ito sa 312-871-3350, o i-upload ang mga dokumento sa pamamagitan ng MyChart (Patient Portal) – https://mychart.trinity-health.org/MyChart Kung mayroon kayong mga katanungan, mangyaring makipag-ugnayan sa aming Customer Service Center sa 855-320-0111, Lunes hanggang Biyernes, 9:00 a.m. hanggang 5:00 p.m. ET.]

MercyOne Genesis Silvis/MercyOne Genesis Aledo Ang mga alalahanin o reklamo tungkol sa proseso ng aplikasyon para sa tulong pinansyal o diskuwento para sa mga walang insurance ay maaaring iulat sa Healthcare Bureau ng Illinois Attorney General sa 1-877-305-5145 o sa https://illinoisattorneygeneral.gov/consumers/hcform.pdf