

KOMPIDENSYAL NA APLIKASYON PARA SA PINANSIYAL NA TULONG

Para sa Mga serbisyo sa Ospital at Propesyonal na serbisyong ipinagkaloob ng mga pasilidad at doktor ng Trinity Health Personal at Kompidensyal

Guarantor Name Smarttext

Guarantor Address Smarttext

Date Smarttext: October 08, 2021

Guarantor: Guarantor smarttext

Numero ng Kaso: smarttext

Mga Pasyente na Kabilang sa Kaso:

- smarttext patient name(s)

Mahal na patient name smarttext,

Salamat sa iyong pagpili sa RHM smarttext bilang iyong tagapagbigay ng serbisyong pangkalusugan. Mangyaring kumpletuhin ang nakalakip na aplikasyon at isauli sa address sa ibaba para makumpleto ang evaluation ng iyong pinansiyal na tulong.

Kung mayroon kang mga tanong, mangyari lang makipag-ugnayan sa aming Sentro ng Serbisyo para sa Kustomer sa 800-494-5797, Lunes hanggang Biyernes sa pagitan ng 9:00 a.m. - 5:00 p.m. Oras ng Silangan.

Sumasainyo,

Trinity Health Enterprise Patient Financial Services

Sa ngalan ng RHM smarttext

20555 Victor Parkway

Livonia, MI 48152

KOMPIDENSYAL NA APLIKASYON PARA SA PINANSIYAL NA TULONG

Para sa Mga serbisyo sa Ospital at Propesyonal na serbisyong ipinagkaloob ng mga pasilidad at doktor ng Trinity Health

Mangyaring kumplethin at lagdaan ang aplikasyon form at isauli sa loob ng 10 araw kabilang ang mga kopya ng mga sumusunod:

Mga Kailangang Beripikasyon

- ☐ Nakaraang Isang buwan na Katibayan ng Kabuuang Kita
- ☐ Nakaraang Dalawang buwan na Kumpletong Mga Pahayag ng Bangko para sa lahat ng mga kuwenta sa bangko, kung saan kasama ang lahat ng mga pahina (pagpapaliwanag sa mga umuulit na pagdeposito)
- ☐ Pinakahuling Pagbabalik ng Buwis (1040 form na may Iskedyul C, E o F) o Tatlong Buwan na Pahayag ng Kita at Lugui (para sa mga may sariling hanap-buhay/umaasa)

Ipagkaloob ang mga sumusunod, kung naaangkop

- ☐ Kamakailang W2 para sa Pana-panahong Kita
- ☐ Sulat ng Benepisyo/Pagtanggi ng Kawalan ng Trabaho
- ☐ Suporta sa Bata/Alimony
- ☐ Walang kita – Kumpletuhin ang Sulat ng Pinansiyal na Suporta (Letter of Financial Support) na parte ng aplikasyon

Impormasyon tungkol sa Pasyente

Pangalan ng Pasyente		Petsa ng Kapanganakan	
Numero ng Seguridad Panlipunan/EIN (opsyonal)	Selpon	Iba pang Telepono	
Adres ng Pagsusulatan	Lungsod	Estado	Kodigong ZIP
Adres ng Email	Saang estado ka residente?		
Katayuang Mag-asawa ☐ Walang Asawa ☐ Kasal ☐ Diborsyado ☐ Iba pa _____			
Ikaw ba ay nagsusumite ng Pederal na Pagbabalik ng Buwis? ☐ Oo ☐ Hindi Kung hindi, bakit?		Maaari ka bang ma-claim bilang isang umaasa sa pagbabalik ng buwis ng ibang tao? ☐ Oo ☐ Hindi	
Ikaw ba o ang iyong mga umaasa ay may saklaw ng seguro sa kalusugan sa oras na napagkaloob ang serbisyo? ☐ Oo ☐ Wala (Magbigay ng kopya ng kard ng seguro)			
Ikaw ba ay may mga legal na dokumentong residente ng Estados Unidos? ☐ Oo ☐ Wala ☐ Mas Pinipiling Hindi Sumagot			
Ang mga Miyembro ng Sambahayan, kasama na ang iyong sarili batay sa iyong pinakahuling Mga Pagbabalik ng Buwis	Petsa ng Kapanganakan	Relasyon sa Pasyente	Na-claim sa Pagbabalik ng Buwis (Oo/Hindi)

KOMPIDENSYAL NA APLIKASYON PARA SA PINANSIYAL NA TULONG

Para sa Mga serbisyo sa Ospital at Propesyonal na serbisyong ipinagkaloob ng mga pasilidad at doktor ng Trinity Health

Beripikasyon ng Kita para sa lahat ng mga miyembro ng sambahayan					
Buwanang Pinagkukuhanan ng Kita	Sino ang nakakatanggap nito?	Kabuuang Buwanang Kita (bago bawasan ng buwis)	Buwanang Pinagkukuhanan ng Kita	Sino ang nakakatanggap nito?	Kabuuang Buwanang Kita (bago bawasan ng buwis)
Sahod			Pabuya ng Manggagawa		
Seguridad Panlipunan/Kapansanang			Kawalan ng Trabaho		
Pensyon			Suporta sa Bata		
Sariling Negosyo			Kita mula sa		
Pampublikong Tulong			Iba pa		
Sulat ng Pinansiyal na Suporta - Dapat lang makumpleto ng taong nagbibigay ng suporta					
☐ Ako ay nagkakaloob ng higit sa 50% suporta para sa mga gastusin sa pamumuhay ng pasyente, pero hindi ako makatulong sa mga medikal na gastusin.					
☐ Sa pamamagitan ng paglalagda sa sulat na ito, aking pinatotohanan na ang nakasaad sa itaas na pahayag ay tama at sa walang anumang paraan ako magkakaroon ng pananagutan sa mga singilin ng pasyente. Kung mayroon kang mga tanong, mangyari lang makipag-ugnayan sa akin sa _____ (Numero ng Telepono)					
Pangalan ng taong nagbibigay ng suporta			Relasyon sa Pasyente		
Lagda ng taong nagbibigay ng suporta			Petsa		

BERIPIKASYON NG KITA AT PAGKAKAKILANLAN

Aking pinatotohanan na ang impormasyong nakalista sa aplikasyon na ito ay totoo at kumpleto sa lubusan ng aking kaalaman. Aking nauunawaan na ang impormasyong ipinagkaloob ay sumasailalim sa beripikasyon. Ako ay mananagot sa pagbabayad pabalik ng anumang mga serbisyong ipinagkaloob sa mga kaanib ng Trinity Health kung ang impormasyong nakasaad sa itaas ay ipinagkaloob sa hindi totoong paraan.

Lagda ng Pasyente : _____ Petsa : _____

O Lagda ng Legal na Tagapag-alaga (Kung Naaangkop) : _____ Petsa : _____

Relasyon sa Pasyente : _____ Petsa : _____

Mangyaring ipadala sa koreo ang iyong aplikasyon sa address na nakasulat sa itaas, i-fax sa 312-871-3350 at o i-upload ang mga dokumento gamit ang MyChart (Portal ng Pasyente) - <https://mychart.trinity-health.org/MyChart> Kung mayroon kang anumang katanungan, mangyaring makipag-ugnayan sa aming Customer Service Center sa 800-494-5797 Lunes hanggang Biyernes 9 a.m. - 5 p.m. Oras ng Silangan.

Kung ang iyong mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan ay natanggap sa estado ng Illinois, ang mga alalahanin o reklamo sa proseso ng aplikasyon ng tulong pinansyal o hindi nakaseguro na diskwento ay maaaring iulat sa Healthcare Bureau ng Illinois Attorney General 1-877-305-5145 / <https://illinoisattorneygeneral.gov/consumers/hcform.pdf>