

HMH CARRIER CLINIC, INC.

PROGRAMANG PINANSIYAL NA TULONG O FINANCIAL ASSISTANCE PROGRAM (FAP)

PARA LAMANG SA PFS

PETSA NG PAGKATANGGAP ANG APLIKASYON

Patunay ng pagkakakilanlan, tirahan, pinakabagong federal tax returns, ang kita at mga ari-arian ay dapat ilakip sa aplikasyong ito. Mangyaring ipadala ang mga kopya ng lahat ng hinihinging dokumento, huwag ipadala ang orihinal na dokumento dahil hindi na ibabalik ang mga ito. Para sa tulong o mga katanungan, mangyaring tumawag sa Mga Pinansiyal na Serbisyo sa Pasyente sa 908-281-1522

I. Personal na Impormasyon

ACCT # NG OSPITAL _____

Pangalan ng pasyente (apelyido, pangalan, panggitnang inisyal) _____		Katayuan sa Pag-aasawa _____	Social Security # _____
(NUMERONG ADDRESS AT KALYE) _____		PAGMAMAY-ARI _____	NIRERENTAHAN GAANO KATAGAL _____
(LUNGSOD, ESTADO, ZIP CODE) _____		(COUNTY) _____	
TELEPONO SA TAHANAN _____	TELEPONO SA TRABAHO _____		
Pangalan ng sumasagot sa aplikasyon _____	Kaugnayan sa pasyente _____	Numero ng telepono _____	
Pangalan ng tagapaggarantiya (kung iba pa sa Pasyente) _____	Kaugnayan sa pasyente _____	Numero ng telepono _____	

II. Impormasyon ng Insurance

Pangalan ng Insurance _____	Pangalan ng Subscriber _____	Kaugnayan sa pasyente _____
Kung walang insurance - Nag-apply ka ba para sa health coverage sa pamamagitan ng Marketplace? Hindi ka ba sakop sa pag-a-apply para sa coverage sa pamamagitan ng Marketplace	OO _____ HINDI _____ OO _____ HINDI _____	
Nag-apply ka ba para sa Medikal na Tulong sa nakalipas na 6 na buwan? Kung OO, mangyaring ilakip ang kopya ng Sulat ng Pagtanggap o Patunay sa Pagiging Karapat-dapat.	OO _____ HINDI _____ OO _____ HINDI _____	

Kung HINDI, mangyaring tawagan ang opisina ng iyong lokal na Lupon sa mga Serbisyon Panlipunan para sa patnubay kung paano mag-apply para sa mga benepisyo.

III. Impormasyon ng sambahayan (Ilista ang lahat ng taong nakatira sa iyong sambahayan)

LAKI NG SAMBAHAYAN _____

Pangalan ng Miyembro ng Sambahayan kabilang ang pasyente	Kaugnayan sa Pasyente	Trabaho
	PASYENTE	

Pagpapatuloy sa Miyembro ng Sambahayan	Kaugnayan sa Pasyente	Trabaho

IV. Mga Pinagkukunan ng Kita/Mga Ari-arian (kabilang ang kadugo, asawang kasal at ampon)

Kita ng Sambahayan:

(Mangyaring tukuyin kung buwanan o monthly (M) o taunang kita o annual (A))		PASYENTE	NATITIRANG SAMBAHAYAN
Suweldo/Sahod Bago ang Pagbabawas	M A	\$	\$
Sariling hanap-buhay (pinatunayan ng indepedyenteng	M A	\$	\$
Mga Benepisyo sa Social Security	M A	\$	\$
Sustento/Sustento sa Bata	M A	\$	\$
Ibang Suportang Pananalapi	M A	\$	\$
Bayad sa Manggagawa at sa Walang Trabaho	M A	\$	\$
Mga Benepisyo ng Beterano	M A	\$	\$
Kabayaran sa Pensiyon	M A	\$	\$
Bayad mula sa Insurance at Annuity	M A	\$	\$
Dibidendo/Interes	M A	\$	\$
Kita sa Renta	M A	\$	\$

KABUUAN

Mga Ari-arian ng Sambahayan:

IBA PANG MGA ARI-ARIAN	PASYENTE	NATITIRANG SAMBAHAYAN
Savings	\$	\$
Checking	\$	\$
Sertipiko ng Deposito (CD)	\$	\$
Mga Account sa Money Market	\$	\$
Savings Bonds	\$	\$
Stocks	\$	\$
Bonds	\$	\$
IRA's	\$	\$
401(K)	\$	\$
403(b)s	\$	\$
Iba pa	\$	\$

KABUUAN

V. Sertipikasyon ng Aplikante

Pinapatunayan ko na ang lahat ng impormasyon sa itaas tungkol sa laki ng aking pamilya, kita at mga ari-arian ay tunay at totoo.

Nauunawaan ko na ang sinadyang maling pagbibigay ng impormasyong isinumite ay magdudulot sa akin ng pananagutan sa lahat ng mga bayarin sa ospital.

Nauunawaan ko na pananagutan kong ipaalam sa ospital ang anumang pagbabago sa kalagayan ng aking kita o mga ari-arian.

Lagda ng Pasyente

PETSA

Lagda ng Naghanda /Kaugnayan sa Pasyente)

Petsa