

PHYSICIANS CARE SURGICAL HOSPITAL FORM NG TULONG PINANSYAL

MGA TAGUBILIN SA PAGSAGOT SA FORM NA ITO

Upang magiging kwalipikado ang pasyente para sa espesyal na pinansyal na konsiderasyon, ang mga form na ito ay dapat punan at ang hiniling na dokumentasyon na nakalakip, at ibalik ang form sa **Physicians Care Surgical Hospital**. Beberipikahin ang impormasyon at gagawin ang wastong pagpapasya nang husto sa panahon. Pakibigay ang sumusunod na dokumentasyon sa pasilidad:

- Ang form na ito, nakumpleto at napirnahang
- Mga kopya ng FederalIncomeTaxReturn para sa naunang taon
- Mga kopya ng payroll, checkstubs para sa naunang 2 buwan
- Mga kopya ng pinakabagong mga utility bill, upa/resibo ng mortgage, mga bayaring medikal, mga resibo ng autoloan, mga statement ng bangko, mga resibo sa alimony/suporta sa anak, mga resibo ng tulong ng pamahalaan, iba pang mga kinikita/mga statement sa pamumuhunan (hal., 401Kstatement)

IMPORMASYON NG RESPONSABLENG PARTIDO

Responsableng Partido	_____	Estado sa Pag-aasawa	_____
Address	_____	Estado	Zip
SSN	_____	Petsa ng Kapanganakane	Telepono
Employer	Tungkulin	Telepono	Petsa nang Pagkatanggap
Address	Lungsod	Estado	Zip
Asawa	_____	Petsa ng Kapanganakan	SSN
Employer ng Asawa	Tungkulin	Telepono	Petsa nang Pagkatanggap
Bilang ng mga bata sa bahay	Mga edad		

IMPORMASYON SA BUWANANG KINIKITA

Mangyaring magbigay ng dokumentasyon ng mga pinagmulan ng kinikita – W-2 forms, mga income tax statement, mga check stub, o mga check statement. Ang isang pinansyal na statement ay maaaring kakailanganin kung ikaw ay self-employed.

	Responsableng Partido	Asawa
Mga sahod bago ang mga kaltas	_____	_____
Alimony/Suporta sa anak	_____	_____
Kompensasyon sa disabilidad/manggagawa	_____	_____
Pensyon	_____	_____
Social Security Income	_____	_____
Mga Dibidendo/Kinikita sa Tubo	_____	_____
Kinikita sa Paupahan	_____	_____
Estate Trust Income	_____	_____
Welfare/Pampublikong Tulong	_____	_____
Mga Food Stamp	_____	_____
Iba pa (pakilista)	_____	_____
Babawasan sa Buwis ng Estado/Pederal	_____	_____
Babawasan sa alinmang iba pang mga kaltas	_____	_____
Kabuuang Buwanang Klinikita	\$	\$

Para sa tulong sa pagpuno ng aplikasyon na ito, pakikontak ang Tanggapan ng Billing sa pamamagitan ng telepono sa 610-495-3330. Pwede rin ang personal na tulong sa pamamagitan ng paghiling ng isang Business Office Associate sa Registraion Desk ng Physicians Care Surgical Hospital sa 454 EnterpriseDrive, Royersford, PA19468.

PHYSICIANS CARE SURGICAL HOSPITAL FORM NG TULONG PINANSYAL

PINANSYAL NA IMPORMASYON

MGA ARI-ARIAN	VALUE		VALUE
Cash/Checking	_____	Mga Investment	_____
Savings	_____	Life Insurance	_____
Stocks at Bonds	_____	Iba pa	_____

LAHAT NG REAL PROPERTY AT MGA BEHIKULO

	VALUE	BALANSE	BUWANANG BAYAD
Upa sa residensyang pagmamay-ari ko (bilugan ang isa)	_____	_____	_____
Iba pang ari-arian	_____	_____	_____
Behikulo#1	Gawa _____ Model _____ Taon _____	_____	_____
Behikulo#2	Gawa _____ Model _____ Taon _____	_____	_____
Behikulo#3	Gawa _____ Model _____ Taon _____	_____	_____

MGA MEDIKAL NA GASTOS

PANGALAN NG MEDIKAL NA PROVIDER	BALANSE	MAGBABAYAD ANG INS	BUWANANG BAYAD
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

ILISTA ANG LAHAT NG IBA PANG MGA CREDITOR O NAGPAPAUTANG

(Mga charge card, mail order, atbp. – maglakip ng hiwalay na papel kung kailangan)

PANGALAN NG CREDITOR	URI NG LOAN	BALANSE	BUWANANG BAYAD
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Upa ng appliance o furniture: _____

Nakapag-file ka na ba ng bankruptcy? Oo Hindi Ibigay ang petsa

PHYSICIANS CARE SURGICAL HOSPITAL FORM NG TULONG PINANSYAL

IBA PANG BUWANANG MGA GASTOS

GASTOS	BUWANANG PAYAD	GASTOS	BUWANANG BAYAD
Pagkain	_____	Auto Insurance	_____
Telepono	_____	CableTV	_____
Kuryente/Gas/Tubig/Sewer	_____	Insurance sa Kalusugan	_____
Mga Kontribusyon	_____	Paglilibang	_____
Iba pa (ilista)	_____	Iba pa (ilista)	_____

PARA GAMITIN NG OPISYAL LAMANG...

BUOD NG BUWANANG PANANALAPI

Kabuuang Kinikita:	_____
Mga subtotal:	
Real property Mga Behikulo	\$ _____
Buwanang Medikal na Gastos	\$ _____
Mga Creditor o Nagpapautang Kredito	\$ _____
Iba pang Buwanang mga Gastos	\$ _____
Kabuuang mga Gastos:	_____

MGA KONDISYON AT KOMENTO NG PASYENTE

Pakisagot ang sumusunod na mga tanong – maglakip ng dagdag na mga pahina kung kailangan

Nakapag-aplay ka na ba sa Medicaid at tinanggihan o nakita na di kwalipikado? Oo Hindi (bilugan ang isa)

Humingi ka na ba ng tulong mula sa iyong pamilya? Oo Hindi (bilugan ang isa)

Humingi ka na ba ng tulong mula sa clergy o simbahan? Oo Hindi (bilugan ang isa)

Magkano ang nababayaran mo bawat buwan? _____

MGA KOMENTO: _____

Aking ipinapahayag na ang impormasyon, na aking ibinigay ay totoo at kumpleto. Aking pinapahintulutan ang **Physicians Care Surgical Hospital** na beripikahin ang impormasyong ito, kabilang ang paghiling ng isang credit bureau report. Nauunawaan ko na kung ang alinman sa impormasyong ito ay mapagpasyahan na mapaninlang o hindi totoo, maaari akong tanggihan ng espesyal na pinansyal na kunsiderasyon at mananagot ako sa bayad ng alinman at sa lahat ng mga bayarin na makamit para sa mga serbisyon ibinigay.

X _____

Petsa: _____

Pirma ng Responsableng Partido