



**Pakibasa nang mabuti bago kumpletuhin ang proseso ng aplikasyon.**

Nag-aalok ang Sharp HealthCare ng tulong pinansiyal, may diskwentong pangangalaga o charity na pangangalaga sa mga kuwalipikadong pasyente (mga pasyenteng mababa ang kita na walang insurance at mga pasyente na mababa ang kita na may insurance na nakatutugon sa partikular na batayan). Dapat matugunan ang mga sumusunod na kwalipikasyon Ang mga serbisyo ay dapat pang-emergency at medikal na kailangan. Ang kabuuang antas ng kita ay dapat nasa o mas mababa sa 200% ng mga Pederal na Patnubay sa Kahirapan para sa tulong pinansiyal, o nasa pagitan ng 201% - 400% para sa bahagyang tulong pinansiyal/may diskwentong pag-aalaga. Lahat ng angkop na pagkukunan ng pondo ay dapat sundan at gumawa ng determinasyon batay sa buong pakikipagtulungan. Kasama sa mga opsiyon sa pagpopondong ito ang County Medical Services (CMS), Medi-Cal, California Victim Compensation Program, atbp. Ang mga aplikasyong tinanggihang dahil sa kalulangan ng pakikipagtulungan ay hindi isasaalang-alang sa tulong pinansiyal. Dapat kumpletuhin at isauli ng aplikante ang nakalakip na Aplikasyon sa Tulong Pinansiyal kasama ang lahat ng mga pangsuportang dokumentong nakalista sa ibaba, mas mainam sa loob ng 10 araw mula matanggap.

May tulong pinansiyal din na makukuha mula sa mga manggagamot sa emergency room at mga ibang tagapaglaan (na hiwalay na sumisingil). Mangyaring makipag-ugnay sa opisina ng pagsingil ng mga manggagamot para sa impormasyon sa kanilang programa sa tulong pinansiyal sa numerong nakalista sa kanilang billing statement.

Kasama sa mga pangsuportang dokumento ang (Pakipadala ang mga kopya ng mga orihinal na dokumento, dahil hinti ito ibabalik.):

- Tatlong buwan ng pagpapatotoo ng kita (kailangan ang lahat ng form):
  - ~ Lahat ng statement ng bangko sa nakaraang tatlong (3) buwan
  - ~ Mga pay-slip o ibang katunayan ng kita sa nakaraang tatlong (3) buwan
  - ~ Pag-file ng income tax return sa pinakakamakailang taon (hal: 1040 form)
  - ~ Taunang Profit at Loss form (schedule C), para sa self-employed.
- Kung angkop, magsama ng kopya ng liham ng pagtanggap mula sa programang tulong pinansiyal ng county o estado, tulad ng CMS, o Medi-Cal.
- Mga kopya ng lahat ng binayarang taunang mula sa bulsang medikal na bayarin na binayaran ng pasyente o pamilya ng pasyente sa nakaraang 12 buwan.
- Ang mga estudyanteng mas matanda sa 18 taong gulang na independiyenteng namumuhay ay dapat magbigay ng sarili nilang impormasyon kasama ang katibayan ng pag-enroll sa paaralan.
- Ang mga estudyanteng mas matanda sa 18 taong gulang, na mga umaasa, ay maaaring magbigay ng affidavit ng suporta mula sa sumusuportang third party at magbigay ng katibayan ng pag-enroll sa paaralan, pati na ang mga nakaraang angkop na dokumento.

Ang Sharp HealthCare o ang mga ahente nito ay maaaring humingi ng karagdagang impormasyon para suportahan ang aplikasyon mo at pagiging nararapat sa tulong pinansiyal. Lahat ng impormasyon ay maaaring sumailalim sa pagpapatotoo, kasama ang, pero hindi limitado sa kontak sa iyong employer, bangko, pagpapatotoo ng kredito, at pag-aahap ng pag-aari sa loob at labas ng Estados Unidos.

Aabisuhan ka namin tungkol sa mga resulta sa pamamagitan ng sulat sa loob ng 60 araw mula sa pagkatanggap. Hanggang makagawa ng pinansiyal na determinasyon, ang pagbisita mo ay mananatili sa Sharp HealthCare. Kung may mga tanong ka tungkol sa Aplikasyon sa Tulong Pinansiyal, mangyaring kontakin kami online sa <http://www.sharp.com/billing>, o tumawag ng Lunes hanggang Biyernes sa pagitan ng 8:00 a.m. – 4:30 p.m. (PST) sa (858) 499-2400.

Mga Taong nasa Yunit ng Pamilya	Patnubay sa Kahirapan sa 2024 ng Department of Health and Human Services (200%)	400% ng Pederal na Mga Patnubay sa Kahirapan
1	\$30,120.00/taon o \$2,510.00/buwan	\$60,240.00/taon o \$5,020.00/buwan
2	\$40,880.00/taon o \$3,406.00/buwan	\$81,760.00/taon o \$6,813.00/buwan
3	\$51,640.00/taon o \$4,303.00/buwan	\$103,280.00/taon o \$8,606.00/buwan
4	\$62,400.00/taon o \$5,200.00/buwan	\$124,800.00/taon o \$10,400.00/buwan
5	\$73,160.00/taon o \$6,096.00/buwan	\$146,320.00/taon o \$12,193.00/buwan
Bawat Karagdagang Tao	\$10,760.00/taon	\$21,520.00/taon

Para sa higit pang impormasyon tungkol sa Pederal na Mga Patnubay sa Kahirapan, Medi-Cal, Covered California, o CMS pumunta sa: Pederal na Mga Patnubay sa Kahirapan <https://www.federalregister.gov>

Covered California <https://www.coveredca.com>

Medi-Cal <http://www.dhcs.ca.gov/Pages/default.aspx>

CMS [www.sdcounty.ca.gov/hhsa/programs/ssp/county\\_medical\\_services](http://www.sdcounty.ca.gov/hhsa/programs/ssp/county_medical_services)

Consumer Alliance: <https://consumerhealth.org>



**APLIKASYON SA TULONG PINANSIYAL**

IBALIK SA:  
Sharp HealthCare  
8695 Spectrum Center Blvd.  
San Diego, CA 92123 Private  
Pay Unit/PFS-ICD  
O

I-email sa: [SPE.PFSFinancialAssistance@sharp.com](mailto:SPE.PFSFinancialAssistance@sharp.com)  
I-FAX sa: (858) 636-2368

(Mga) Numero ng Pagbisita

# \_\_\_\_\_  
# \_\_\_\_\_

Kabuuan \$ \_\_\_\_\_

Pinahihintulutan ng form na ito ang paggamit ng pagsisiwalat sa protektadong pangkalusugang impormasyon sa paraang nakalarawan sa ibaba at ito ay boluntaryo. Hindi maipagkakait ng Sharp HealthCare ang paggamot mula sa iyo dahil lamang sa pagtanggap mong kumpletuhin ang form na ito. Ang pagkumpleto sa form na ito ay hindi garantiya na nararapat ka para sa o makakatanggap ng pinansiyal na tulong.

Ayon sa inilaan ng pederal na batas, pinahihintulutan ko ang mga empleyado o ahente ng Sharp HealthCare na gamitin o isiwalat ang impormasyong nilaan ko sa o sa form na ito para malaman kung nararapat ako sa tulong pinansiyal o kung nararapat ang ospital sa tulong pinansiyal para saklawin ang ilan o lahat ng gastos sa pag-aalaga sa akin. Nauunawaan ko na kailangang kong makumpleto ang form. Higit kong nauunawaan na maaari akong manatiling responsable para sa aking bayarin sa ospital, makatanggap man ako o hindi ng tulong, maliban kung nararapat ako sa Tulong Pinansiyal. Ang impormasyong ilalaan ko sa form na ito ay maaari lang ibigay kung kailangan sa:

- 1) Mga kumpanya ng parmasyotiko na maaaring maghandog sa ospital ng libre o murang pamalit na gamot batay sa aking pinansiyal na katayuan.
- 2) Ibang partikular na charitable, negosyo o pamahalaang institusyon na maaaring maghandog ng kaugnay ng kalusugang programa sa tulong pinansiyal.

**I. Impormasyon ng Pasyente (paki-print)**

Pangalan \_\_\_\_\_ Social Security # \_\_\_\_\_  
 Address \_\_\_\_\_ Petsa ng Kapanganakan \_\_\_\_\_  
 Lungsod, Estado, Zip \_\_\_\_\_ # sa Bahay \_\_\_\_\_  
 Employer \_\_\_\_\_ # sa Trabaho \_\_\_\_\_  
 Trabaho \_\_\_\_\_ Ang pasyente ba ay nadeklarang permanenteng may kapansanan?  
 Oo  Hindi

**II. Impormasyon sa Asawa (o Magulang kung ang Pasyente ay hindi pa 18 taong gulang)**

Pangalan \_\_\_\_\_ Social Security # \_\_\_\_\_  
 Address \_\_\_\_\_ Petsa ng Kapanganakan \_\_\_\_\_  
 Lungsod, Estado, Zip \_\_\_\_\_ # sa Bahay \_\_\_\_\_  
 Employer \_\_\_\_\_ # sa Trabaho \_\_\_\_\_  
 Trabaho \_\_\_\_\_

**III. Ibang Magulang (kung ang Pasyente ay hindi pa 18 taong gulang)**

Pangalan \_\_\_\_\_ Social Security # \_\_\_\_\_  
 Address \_\_\_\_\_ Petsa ng Kapanganakan \_\_\_\_\_  
 Lungsod, Estado, Zip \_\_\_\_\_ # sa Bahay \_\_\_\_\_  
 Employer \_\_\_\_\_ # sa Trabaho \_\_\_\_\_  
 Trabaho \_\_\_\_\_

**IV. Ilista ang lahat ng Mga Taong Nakatira sa Tahanan ng Pasyente (o ng Tahanan ng [mga]**

PANGALAN	RELASYON	EDAD

**V. Buwanang Kita**

Sahod ng Pasyente \* \_\_\_\_\_  
 Sahod ng Asawa \* \_\_\_\_\_  
 Sahod ng Magulang \* \_\_\_\_\_  
 (Kung ang pasyente ay hindi pa 18 taong gulang)  
 Social Security \* \_\_\_\_\_  
 Hindi-deferred na Pensiyon \* \_\_\_\_\_  
 Kapansanan \* \_\_\_\_\_  
 Walang trabaho \* \_\_\_\_\_  
 Sustento/Suporta sa Anak \*\*\*\* \_\_\_\_\_  
 Interes \* \_\_\_\_\_  
 Upa \_\_\_\_\_  
 Iba pa \_\_\_\_\_

**KABUUAN**

**VI. Mahahalagang Gastos sa Pamumuhay**

Upa/Mortgage (bilugan ang isa) \_\_\_\_\_  
 Mga Gastos sa Pagmementina \_\_\_\_\_  
 Sustento/Suporta sa Anak \*\*\*\* \_\_\_\_\_  
 Pagkain/Mga Supply \_\_\_\_\_  
 Mga Utility/Telepono \_\_\_\_\_  
 Damit \_\_\_\_\_  
 Medikal/Dental Insurance \_\_\_\_\_  
 Kotse/Transportasyon \_\_\_\_\_  
 Paaralan o Pag-aalaga sa Anak \_\_\_\_\_  
 Installment/Umiikot \_\_\_\_\_  
 (Mga) Kasalukuyang Medikal na Bayad: \_\_\_\_\_  
 Fuel at Pagkukumpuni \_\_\_\_\_  
 Labada/Paglilinis \_\_\_\_\_  
 Iba pa \_\_\_\_\_

**KABUUAN**

**VII. Mga Ari-arian**

Cash na Hawak \_\_\_\_\_  
 Real Estate sa U.S. o Ibayong Dagat:  
 Address \_\_\_\_\_ Halaga \_\_\_\_\_ Equity \_\_\_\_\_  
 Address \_\_\_\_\_ Halaga \_\_\_\_\_ Equity \_\_\_\_\_  
 Halaga ng Negosyo \_\_\_\_\_  
 Iba pa \_\_\_\_\_

**KABUUAN**

**VIII. Iba Pang Ari-arian**

Checking Account #/Institusyon \*\*Bal \_\_\_\_\_  
 Savings Account #/Institusyon \*\*Bal \_\_\_\_\_  
 Sasakyan 1 (Taon/Gawa/Modelo/Halaga) \_\_\_\_\_  
 Sasakyan 2 (Taon/Gawa/Modelo/Halaga) \_\_\_\_\_  
 RV/Bapor/Motorsiklo/Motorhome:  
 (Taon/Gawa/Modelo/Halaga) \_\_\_\_\_

**KABUUAN**

*\*Isama ang mga pay-slip o ibang katunayan ng kita sa nakaraang tatlong (3) buwan*

*\*\*Isama ang huling tatlong (3) statement ng bangko.  
 \*\*\* Isama ang mga kopya ng lahat ng binayaranang taunang mula sa bulsang medikal na bayarin na binayaran ng pasyente o pamilya ng mga pasyente.*

*\*\*\*\*Magbigay ng mga pangsuportang dokumentasyon tulad ng mga paghusga, kasunduan, lien, atbp.*

- Dinedeklara ko sa ilalim ng multa ng pagsisinungaling na ang mga sagot na binigay ko ay totoo at tama sa pinakamahusay kong kaalaman.
- Sumasang-ayon akong sabihin sa tagapaglaan ng serbisyo sa loob ng 10 araw kung may anumang pagbabago sa kita, pag-aari, gastos, sambahayan o address.
- Nauunawaan ko na maaaring hilingin sa aking patunayan ang aking mga pahayag at ang pagiging nararapat ko ay sasailalim sa pagpapatotoo, kasama ang, pero hindi limitado sa: kontak sa aking employer, bangko, pagpapatotoo ng kredito, at paghahanap ng pag-aari sa loob at labas ng Estados Unidos.
- Higit akong sumasang-ayon na sa pagsasaalang-alang ng pagtanggap ng mga serbisyo sa pangangalaga ng kalusugan dahil sa aksidente o pinsala, sumasang-ayon akong i-reimburse ang county, estado, pederal na pamahalaan o ospital mula sa mga nakuha mula sa anumang pagdinig o pakikipagkasundo na nagreresulta mula sa nasabing pagkilos.
- Naiintindihan ko na kung hindi ako kuwalipikado sa tulong pinansiyal, personal akong mananagot sa mga singil ng serbisyong nilaan ng Sharp HealthCare. Maaari kong iapela ang desisyon sa loob ng 30 araw mula sa pagtanggap ng mga resulta ng aplikasyon gamit ang karagdagang dokumentasyon sa pamamagitan ng sulat o mag-schedule ng personal na appointment sa tagapamahala ng negosyo, chief financial officer, o ibang angkop na manager. Para mag-schedule ng appointment, tumawag sa Customer Service, Lunes hanggang Biyernes, 8 a.m.–4:30 p.m. (PST) sa (858) 499-2400. Makalipas ang 30-araw, ang bagong aplikasyon ay maaaring kailanganin para repasuhin ang apela mo.
- Pinahihintulutan ng nakalagda sa ibaba ang Sharp HealthCare na kumuha ng credit report upang makatulong na malaman ang pagiging nararapat ng pasyente sa tulong pinansiyal. Naiintindihan na ang impormasyong ito ay maaaring ibahagi sa mga third party ayon sa nakalarawan sa form na ito.
- Naiintidihan ko na kapag ang impormasyon ko ay lumabas sa Sharp HealthCare, hindi na makokontrol ng Sharp o mapoprotektahan ang aking impormasyon nang direkta, at pinakakawalan ko ang Sharp HealthCare mula sa anumang pananagutan na maaaring magmula sa pagpapalabas ng aking impormasyon sa mga klase ng kumpanya o institusyong nakalista sa itaas.
- Naiintindihan ko na ang awtorisasyong ito ay maaaring mabawi sa pamamagitan ng sulat anumang oras, ayon sa mga tagubilin sa Abiso ng Mga Kasanayan sa Privacy ng Sharp HealthCare, maliban sa pagkilos na isinagawa sa pag-asa sa awtorisasyong ito.

Ang awtorisasyong ito ay matatapos para sa Apliasyon sa Tulong Pinansiyal na ito, 90 araw mula sa petsa ng pagtanggap.

**Mga Komento** \_\_\_\_\_

**Lagda ng Pasyente** \_\_\_\_\_

**Petsa** \_\_\_\_\_

**Lagda ng Asawa** \_\_\_\_\_

**Petsa** \_\_\_\_\_

**Magulang/Tagapag-alaga** \_\_\_\_\_

**Petsa** \_\_\_\_\_