

Kamusta,

Alinsunod sa aming misyon at mga pinahahalagahan, nakatuon ang Rehabilitation Hospital of the Pacific (REHAB) sa pagbibigay ng tulong-pinansyal sa mga pasyenteng mayroong mga medikal na kinakailangang serbisyo ng pangangalagang pangkalusugang nauugnay sa rehabilitasyon at hindi makakapagbayad batay sa kanilang indibidwal na pinansyal na sitwasyon. Nagbibigay-daan ang aming programa para sa tulong-pinansyal sa mga pasyenteng hindi naka-insure at kulang ang insurance na nakakatugon sa mga kinakailangan sa pagiging kwalipikado na makatanggap ng pinansyal na suporta upang makatulong sa pagbabayad para sa kwalipikadong medikal na kinakailangang pangangalaga.

Ang programa para sa tulong-pinansyal ng REHAB ay nalalapat lang sa mga kwalipikadong serbisyo sa aming Patakaran sa Tulong-Pinansyal (Financial Assistance Policy o FAP). Ang mga serbisyong mula sa mga provider na hindi kabilang sa REHAB sa mga lokasyon ng REHAB ay hindi kwalipikado sa ilalim ng aming FAP at maaaring singilin sa mga pasyente nang hiwalay.

Para sa pagiging kwalipikado, dapat ay isa kang mamamayan ng United States o isang legal na dayuhang permanenteng naninirahan sa Hawaii. Ang mga asset at kita ng iyong pamilya ay susuriin upang malaman kung nakakatugon ang mga ito sa mga alituntunin ng patakaran para sa pagbibigay ng tulong-pinansyal. Kung nakakatugon ang mga ito, bibigyan ng diskwento ang iyong mga bayarin sa REHAB. Ang aktwal na halaga ng diskwento ay nakadepende sa kita ng iyong pamilya.

Para mag-apply, pakikumpleto ang Aplikasyon para sa Tulong-Pinansyal na ito. Dapat kang maglakip ng kamakailang dokumentasyon sa iyong aplikasyon para suportahan ang mga tugon mo. Nakadetalye sa ***Tulong-Pinansyal – Checklist ng Dokumentasyon*** (nakalakip) ang kinakailangang impormasyon.

Gagamitin lang ang impormasyong ibinabahagi mo sa amin para sa aplikasyong ito. Ituturing itong kumpidensyal na impormasyon.

Pakisumite ang iyong nakumpletong aplikasyon at mga kopya ng sumusuportang dokumentasyon sa Patient Financial Services department na nasa unang palapag ng REHAB Hospital o ipadala ito sa pamamagitan ng koreo sa:

The Rehabilitation Hospital of the Pacific
ATTN: Mga Serbisyong Pinansyal para sa Pasyente
226 North Kuakini Street
Honolulu, HI 96817

Kung mayroon kang anumang tanong, mangyaring makipag-ugnayan sa Patient Financial Services ng REHAB sa (808) 544-3340.

Tulong-Pinansyal – Checklist ng Dokumentasyon

Kapag isinusumite ang iyong aplikasyon, mangyaring magsama ng mga kopya ng mga sumusunod na dokumento, na kinakailangan upang suportahan ang iyong Aplikasyon para sa Tulong-Pinansyal:

- Driver's License, Birth Certificate at/o iba pang may larawang ID o card ng dayuhan;
- Pinakabagong income tax return ng Pederal at Estado
- Mga dokumentong nagpapakita ng kita ng iyong pamilya, kabilang ang:
 - Mga stub ng bayad o W-2
 - Mga statement ng social security o liham ng award
 - Mga dokumentong nagpapakita ng pondo ng pampublikong tulong o mga liham ng award
 - Liham ng Pagtukoy ng Status ng Naka-insure para sa mga benepisyo para sa walang trabaho
 - Liham ng award ng benepisyo para sa kabayaran ng manggagawa
 - Buwanang statement para sa pensyon/mga benepisyo para sa retirado
 - Buwanang statement para sa mga benepisyo ng beterano
 - Liham ng award ng benepisyo para sa suporta sa anak o sustento
 - Buwanang statement para sa kita sa renta
- Mga kamakailang statement mula sa iba pang ospital, doktor, laboratoryo, atbp. na nagpapakita ng mga halagang kailangang bayaran sa mga medikal na bayarin ng pamilya
- Mga dokumentong nagpapakita sa mga liquid asset ng pamilya, kabilang ang:
 - Mga buwanang statement mula sa mga pinansyal na institusyong nagpapakita ng mga balanse, kinikitang interes, at dibidendo
 - Mga dokumentong nagpapakita ng iba pang liquid asset ng pamilya
- Naisumiteng aplikasyon ng Medicaid mula sa Estado ng Hawaii at liham ng pag-apruba/pagtanggi

Kung walang available sa mga dokumentong ito, mangyaring magbigay ng nakasulat na paliwanag kung bakit hindi naisumite ang mga naturang dokumento kasama ng iyong nakumpletong aplikasyon.

IMPORMASYON NG PASYENTE			
Pangalan ng Pasyente:	Social Security#:	Petsa ng Kapanganakan:	Telepono sa Bahay ng Pasyente/Guarantor:
Pangalan ng Guarantor:	Social Security#:	Petsa ng Kapanganakan:	Cell Phone ng Pasyente/Guarantor:
Permanenteng Address ng Pasyente/Guarantor:		Mamamayan ng U.S.: <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	Email ng Pasyente/Guarantor:
MGA KAPAMILYA SA BAHAY			
Pangalan:	Kaugnayan:	Petsa ng Kapanganakan:	Social Security#:
Pangalan:	Kaugnayan:	Petsa ng Kapanganakan:	Social Security#:
Pangalan:	Kaugnayan:	Petsa ng Kapanganakan:	Social Security#:
Pangalan:	Kaugnayan:	Petsa ng Kapanganakan:	Social Security#:
IMPORMASYON NG PAGTATRABAHO			
Employer at Address ng Pasyente/Guarantor:		Titulo ng Trabaho:	
Employer at Address ng Asawa:		Titulo ng Trabaho:	
MGA LIQUID ASSET NG PAMILYA: <i>Ilista ang kabuuang liquid asset para sa lahat ng kapamilya (Dapat maglakip ng mga kopya ng mga sumusuportang dokumento)</i>			
Mga Bank/CU Checking Acct: \$	Mga Bank/CU Savings Acct: \$	Mga Money Market Acct: \$	Hawak na Pera: \$
Mga Investment (mga stock/bond): \$	Iba pa (tukuyin): \$	Iba pa (tukuyin): \$	Iba pa (tukuyin): \$
KITA NG PAMILYA: <i>Ilista ang kabuuang kita para sa lahat ng kapamilya (Dapat maglakip ng mga kopya ng mga sumusuportang dokumento)</i>			
Mga sahod/sweldo: \$	Social Security: \$	Pampublikong Tulong/Para sa Walang Trabaho: \$	Kabayaran sa Manggagawa: \$
Pensyon/Retirement: \$	Renta: \$	Suporta sa Anak/Sustento: \$	Benepisyo ng Beterano: \$
Iba pa (tukuyin): \$			
MGA MEDIKAL NA GASTUSIN NG PAMILYA: <i>Ilista ang kabuuang medikal na gastusin para sa lahat ng kapamilya (Dapat maglakip ng mga kopya ng mga sumusuportang dokumento)</i>			
Provider (Ospital/Doktor/Lab):	Halagang Kailangang Bayaran: \$	Uri ng (mga) serbisyo:	Buwan/Taon ng Serbisyo:
Provider (Ospital/Doktor/Lab):	Halagang Kailangang Bayaran: \$	Uri ng (mga) serbisyo:	Buwan/Taon ng Serbisyo:
Provider (Ospital/Doktor/Lab):	Halagang Kailangang Bayaran: \$	Uri ng (mga) serbisyo:	Buwan/Taon ng Serbisyo:
KARAGDAGANG IMPORMASYON			
Nakapag-apply ka na ba para sa Medicaid o iba pang pinansyal na programa? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi Kung OO, petsa ng aplikasyon: _____			
Mga resulta ng aplikasyon, pakitukoy: _____			
Mayroon bang anumang nakabinbing kaso, kabayaran o award na nauugnay sa iyong mga serbisyo sa REHAB? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi			
Ilarawan: _____			

PAHAYAG NG APLIKANTE: Pinapatunayan kong tama at tumpak ang impormasyon sa itaas sa abot ng aking kaalaman. Nauunawaan kong maaaring patunayan ng REHAB ang anuman at ang lahat ng impormasyong ibinigay. Kung mali ang anumang impormasyon, nauunawaan kong hindi ako magiging kwalipikado para sa tulong-pinansyal sa REHAB at magkakaroon ako ng pananagutan para sa mga singilin para sa mga serbisyong ibinigay.

Sumasang-ayon akong makipagtulungan nang lubos sa REHAB sa pamamagitan ng pag-a-apply para sa anumang tulong-pinansyal (kabilang ang pag-a-apply sa Medicaid/Quest) na available sa akin para makapagbayad sa aking mga bayarin sa REHAB. Nauunawaan kong ang lahat ng iba pang insurance at third party na pinagmumulan ng pagbabayad ay dapat ilapat sa mga bayarin bago ilapat ang tulong-pinansyal. Ibibigay o ibabayad ko sa REHAB ang anumang halagang saklaw para sa mga bayaring ito mula sa anumang pinagmumulan, gaya ng kabayaran, hatol o insurance.

Nauunawaan kong sinasaklaw lang ng tulong na ito ang mga kwalipikadong medikal na kinakailangang serbisyong ipinapagkaloob ng REHAB. Bukod pa rito, nauunawaan kong maaaring bawiin ng REHAB ang aking saklaw ng tulong-pinansyal anumang oras sa anumang dahilan.

Naka-print na Pangalan: _____ Lagda: _____ Petsa ng Aplikasyon: _____ Kaugnayan sa Pasyente: _____