



[Date]

Minamahal na Pasyente/Aplikante,

Ang Henry Ford Health ay hinihimok ng pakikiramay at nakatuon sa pagbibigay ng personalisadong pangangalaga para sa lahat lalo na sa mga taong higit na nangangailangan. Misyon at pribilehiyo naming mag-alok ng tulong pinansiyal sa aming mga pasyente. Magagamit lang ang tulong pinansyal para sa emerhensiya at iba pang pangangalagang medikal na kinakailangan. Salamat sa pagtitiwala sa amin na pangalagaan ka at ang iyong pamilya para sa lahat ng iyong mga pangangailangan sa pangangalagang pangkalusugan.

Ipinapadala namin ang liham na ito at ang nakalakip na aplikasyon ng tulong pinansyal dahil natanggap namin ang iyong kahilingan. Kung hindi mo ito hiniling, mangyaring balewala. Pakikumpletuhin ang parehong bahagi, kabilang ang iyong pirma at petsa bago ito ibalik. Kung nagkumpleto ka ng isang aplikasyon sa loob ng nakaraang anim na buwan at naaprubahan para sa tulong pinansiyal, mangyaring ipagbigay-alam ito sa amin – maaaring kailangan mo na kumpletuhin ang bagong aplikasyon. Sa kasamaang palad hindi namin magamit ang unang aplikasyon na lampas sa anim na buwan ang tagal.

Kasama ng aplikasyon, kailangan mong magbigay ng verification ng kita at verification ng lahat ng asset ng iyong sambahayan na pagmamay-ari ng sinumang miyembro ng sambahayan.

**Kabilang sa mga halimbawa ng kita at asset ang:**

- Kopya ng 3 pinakahuling mga paystub mula sa employer
- Kopya ng pinakahuling taunang tax return (kung self-employed, isama ang lahat ng iskediyul)
- Social Security at/o Liham ng Paggawad ng Pensiyon sa Pagretiro
- Pinakahuling taunang tax return ng Magulang o Tagapag-alaga, kung nakalistang dependent ang aplikante sa kanilang tax form at wala pang edad 25
- Kopya ng resibo ng mga benepisyo sa kawalan ng trabaho
- Pahintulot/pagtanggi sa pagiging kwalipikado para sa Medicaid at/o medical na tulong na pinopondohan ng estado
- Iba pang dokumentong nagpapatunay ng kinikita

**Kabilang sa mga halimbawa ng patunay ng asset ang:**

- Kasalukuyang mga bank statement (checking at savings account) mula sa huling 3 buwan
- Mga pamumuhunan, kabilang ang mga stock at bond
- Mga trust fund
- Mga money market account
- Mga mutual fund

Kung tumatanggap ka ng tulong mula sa o nakatira kasama ang pamilya o mga kaibigan, mangyaring pasagutan sa kanila ang nakalakip na form na may markang “Liham ng Suporta.” Hindi nito sila papanagutin para sa iyong mga medikal na bayarin. Makatutulong ito na maipakita kung paano mo natutugunan ang mga pang-araw-

araw mong gastusin. Kung hindi ka tumatanggap ng tulong mula sa pamilya o mga kaibigan, hindi na nila kailangang punan ang form ng Liham ng Suporta.

Panghuli, maaari naming isaalang-alang ang iyong mga bayaring medikal para maging kwalipikado para sa tulong pinansiyal. Kung gusto mong isaalang-alang namin ito, magbigay ng dokumento ng iyong kasalukuyang buwanang medikal na binabayaran at gastos sa pharmacy/gamot, gaya ng kasalukuyang mga invoice o statement ng mga balanse ng account. **Dapat mong malaman na 1) ang kumpletong application kasama ang 2) patunay ng kita, 3) mga asset, at 4) kasalukuyang mga medikal na bayaran (kung naaangkop) ay dapat matanggap para mapag-isipan ang iyong aplikasyon. Hindi namin maipoproceso o maisasaalang-alang ang mga hindi napunang aplikasyon.**

Kapag nagsusumite ng iyong aplikasyon, tandaan na ang mga komunikasyon sa pamamagitan ng email gamit ang internet ay hindi ligtas. Kahit na hindi posible, may posibilidad na ang impormasyon na iyong isinama sa email ay maaaring maharag at basahin ng ibang mga partido bukod sa taong naka-address dito. Nais naming protektahan ang iyong personal na impormasyon at tiyaking nananatili itong ligtas. Dahil nilalaman ng aplikasyon ang iyong numero ng social security at iba pang pribadong impormasyon, hinihimok ka naming iwasan ang pag-email nito.

**Paki-print at ipadala o iabot ang iyong kumpletong aplikasyon at karagdagang dokumento sa sumusunod na address:**

Facility/Office where service was provided	Mail Completed Applications to:
Henry Ford St. John Hospital	3179 Solution Center, Chicago, IL 60677-3001
Henry Ford Warren Hospital	3179 Solution Center, Chicago, IL 60677-3001
Henry Ford Madison Heights Hospital	3179 Solution Center, Chicago, IL 60677-3001
Henry Ford Providence Novi Hospital	3179 Solution Center, Chicago, IL 60677-3001
Henry Ford Providence Southfield Hospital	3179 Solution Center, Chicago, IL 60677-3001
Henry Ford River District Hospital	3179 Solution Center, Chicago, IL 60677-3001
Henry Ford SEMI Medical Group	PO BOX 80278, Indianapolis, IN 46240

Narito kami para tumulong at gusto naming tiyakin na ang mga pasyenteng kwalipikado para sa tulong pinansiyal ay makakatanggap nito. Kung mayroon kayong mga tanong tungkol sa aplikasyong ito, kailangan ang mga karagdagang dokumento, o kung paano mas mainam na makakarating ang inyong aplikasyon sa amin, pakitawagan ang isa sa mga Kinatawan ng Pasyente sa

Facility where service was provided	Phone #
Henry Ford St. John Hospital	877-809-6191
Henry Ford Warren Hospital	888-329-0421
Henry Ford Madison Heights Hospital	888-329-0421
Henry Ford Providence Novi Hospital	800-878-2455
Henry Ford Providence Southfield Hospital	800-878-2455
Henry Ford River District Hospital	888-329-0421

Taos pusong sumasainyo,

Patient Financial Services  
Henry Ford Health



# Form sa aplikasyon ng tulong pinansyal

## Impormasyon ng Pasyente

(Mangyaring i-print at dapat kumpletuhin ang lahat ng mga patlang. Ipahiwatig na N/A kung hindi naaangkop sa anumang indibidwal na linya sa aplikasyon)

Petsa \_\_\_\_\_ Account number \_\_\_\_\_

Pangalan (Una at Apelyido) \_\_\_\_\_

Kaarawan \_\_\_\_\_ Marital status \_\_\_\_\_ Phone number \_\_\_\_\_

Mailing address \_\_\_\_\_ Lungsod \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ ZIP \_\_\_\_\_

Social security number (opsyonal) \_\_\_\_\_

Employer \_\_\_\_\_ Employment status \_\_\_\_\_

Bilang ng oras na trinabaho kada linggo \_\_\_\_\_ Employer phone number \_\_\_\_\_

## Ang impormasyon ng responsableng partido/impormasyon ng legal na tagapag-alaga.

(Kung ang pasyente sa ibabaw ay kapareho ng responsableng partido, iwanang blangko ang seksyon na ito.)

Pangalan (Una at Apelyido) \_\_\_\_\_

Kaarawan \_\_\_\_\_ Marital status \_\_\_\_\_ Phone number \_\_\_\_\_

Mailing address \_\_\_\_\_ Lungsod \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ ZIP \_\_\_\_\_

Social security number (opsyonal) \_\_\_\_\_

Employer \_\_\_\_\_ Employment status \_\_\_\_\_

Numero ng oras na trinabaho kada linggo \_\_\_\_\_ Employer phone number \_\_\_\_\_

## Impormasyon ng responsableng asawa ng partido.

(Kung ang pasyente ay pareho ng responsableng partido, punan ang impormasyon ng asawa para sa pasyente.)

Pangalan (Una at Apelyido) \_\_\_\_\_

Kaarawan \_\_\_\_\_ Marital status \_\_\_\_\_ Phone number \_\_\_\_\_

Mailing address \_\_\_\_\_ Lungsod \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ ZIP \_\_\_\_\_

Social security number (opsyonal) \_\_\_\_\_

Employer \_\_\_\_\_ Employment status \_\_\_\_\_

Numero ng oras na trinabaho kada linggo \_\_\_\_\_ Employer phone number \_\_\_\_\_

## Dependent ng responsableng partido

(Kung ang pasyente ay kapareho ng responsableng partido, punan ang impormasyon ng asawa para sa pasyente.)

Pangalan _____	Kaarawan _____	Relasyon sa responsableng partido _____
Pangalan _____	Kaarawan _____	Relasyon sa responsableng partido _____
Pangalan _____	Kaarawan _____	Relasyon sa responsableng partido _____
Pangalan _____	Kaarawan _____	Relasyon sa responsableng partido _____

Bilang ng nakatatanda at bata na naninirahan sa tahanan \_\_\_\_\_

## Buwanang kita

(Punan ng dolyar na halaga ang bawat item na nakalista sa ibaba. Magbigay ng halaga bawat buwan bawat isa.)

Hustong kinita ng Aplikante \_\_\_\_\_  
Kita ng asawa ng Aplikante \_\_\_\_\_  
Benepisyo sa Social security \_\_\_\_\_  
Kita sa pensyon/retiro \_\_\_\_\_  
Kita ng may kapansanan \_\_\_\_\_  
Kabayaran sa kawalan ng trabaho \_\_\_\_\_  
Kabayaran ng mga manggagawa \_\_\_\_\_  
Kita sa interes/tubo \_\_\_\_\_

Natanggap na suporta ng bata \_\_\_\_\_  
Natanggap na alimonya \_\_\_\_\_  
Kita sa paupahang ari-arian \_\_\_\_\_  
Mga food stamp \_\_\_\_\_  
Natanggap na pagbabahagi ng Trust fund \_\_\_\_\_  
Iba pang kita \_\_\_\_\_  
**Kabuuang buwanang kita \$** \_\_\_\_\_

## Buwanang gastusin sa pamumuhay

Sangla/upa \_\_\_\_\_  
Utilities \_\_\_\_\_  
Telepono (landline) \_\_\_\_\_  
Cell phone \_\_\_\_\_  
Grocery/pagkain \_\_\_\_\_  
Cable/internet/satellite tv \_\_\_\_\_  
Bayad sa sasakyan \_\_\_\_\_  
Pag-alaga sa bata \_\_\_\_\_

Suporta sa bata/alimonya \_\_\_\_\_  
Mga Credit card \_\_\_\_\_  
Mga baya sa doktor/ospital \_\_\_\_\_  
Car/auto insurance \_\_\_\_\_  
Insurance sa tahanan/ari-arian \_\_\_\_\_  
Medical/health insurance \_\_\_\_\_  
Life insurance \_\_\_\_\_  
Ibang buwanang gastusin \_\_\_\_\_  
**Kabuuang buwanang gastusin \$** \_\_\_\_\_

## Mga Asset

Mga cash/savings/checking na account \_\_\_\_\_  
Mga stock/bono/pamumuhunan/CD(s) \_\_\_\_\_  
Ibang real estate/secondary na tirahan \_\_\_\_\_  
Boat/RV/motorcycle/recreational na sasakyan \_\_\_\_\_  
Collector automobile/non-essential automobile \_\_\_\_\_  
Ibang mga asset \_\_\_\_\_

Aking pinatotohanan na ang nakasaad na impormasyon ay totoo at kumpleto sa ganap ng aking kaalaman. Aking pinahihintulutan ang ospital na kumuha ng impormasyon mula sa mga external credit reporting agency kung sa tingin ng ospital ay kinakailangan.

Lagda ng Aplikante \_\_\_\_\_

Petsa \_\_\_\_\_

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



# Liham ng suporta

Medikal rekord numero/account numero ng Pasyente \_\_\_\_\_ Pangalan ngtagasuporta\_

Relasyonsa pasyente/aplikante \_\_\_\_\_ Address  
ngtagasuporta \_\_\_\_\_

Sa Henry Ford Health:

Ang liham na ito ay upang payuhan na si (ang pangalan ng pasyente) \_\_\_\_\_ ay tumatanggap ng kaunti hanggang sa walang kita at tinutulungan ko siya sa kanyang mga gastusin sa pamumuhay. Siya ay may maliit hanggang sa walang obligasyon sa akin.

Sa paglagda sa pahayag na ito, sumasang-ayon ako na ang impormasyong ibinigay ay totoo sa abot ng aking kaalaman.

Lagda ng tagasuporta \_\_\_\_\_

Petsa \_\_\_\_\_