



**Programa ng Tulong sa Pangangalaga sa Ospital sa New Jersey (New Jersey Hospital Care Assistance Program)**

**APPLICATION PARA SA PAGLAHOK**

DAPAT NA MAY KASAMANG MGA PATUNAY NG PAGKAKAKILANLAN, KITA AT ASSET ANG APPLICATION NA ITO. MAGPADALA NG MGA KOPYA NG LAHAT NG KINAKAILANGANG DOKUMENTO SA: HackensackUMC, 100 First Street Suite 300, Hackensack, NJ 07601 Attn: Departamento ng Pinansyal na Tulong (Financial Assistance Department). HUWAG IPADALA ANG MGA ORIHINAL NA DOKUMENTO DAHIL HINDI IBABALIK ANG MGA ITO.

SEKSYON I – Personal na Impormasyon			
1. PANGALAN NG PASYENTE  (Apelyido) _____ (Pangalan) _____		2. SOCIAL SECURITY NUMBER  _____	
3. PESTA NG APPLICATION  Buwan _____ Araw _____ Taon _____	4. UNANG PETA NG SERBISYO  Buwan _____ Araw _____ Taon _____	5. HINILING NA PETA NG SERBISYO  Buwan _____ Araw _____ Taon _____	
6. ADDRESS NG KALYE NG PASYENTE  _____		7. NUMERO NG TELEPONO  _____	
8. LUNGSOD, ESTADO, ZIP CODE  _____		9. LAKI NG PAMILYA*  _____	
10. U.S. CITIZENSHIP  <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/> Nakabinbing Application		11. PRUWEBA NG 3 BUWANG PANINIRAHAN SA ESTADO NG NJ  <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	
12. PANGALAN NG GUARANTOR (Kung iba pa sa pasyente)  (Apelyido) _____ (Pangalan) _____		13. NASASAKLAWAN BA NG INSURANCE ANG PASYENTE? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi  PANGALAN NG KUMpanya _____ ADDRESS _____	

**Mga Kalipikadong Miyembro ng Pamilya, Kasama ang Aplikante**

Pangalan	Peta ng Kapanganaka	SS Number	Trabaho	Buwanang Suweld

SEKSYON II – Criteria ng Mga Asset	
14. Mga Indibidwal na Asset	
15. Mga Asset ng Pamilya	
16. Kasama sa Mga Asset ang	
A. Cash	
B. Mga Savings Account	
C. Mga Checking Account	
D. Katibayan ng Mga Deposito/I.R.A	
E. Equity sa Real Estate (Iba pa sa pangunahing paninirahan)	
F. Iba Pang Mga Asset (Mga Treasury Bill, negotiable paper, pangkorporasyong stock at bond)	
G. Kabuuan	

\*Laki ng pamilya kasama ang sarili, asawa at mga menor de edad na anak. Binibilang ang isang buntis na babae bilang dalawang miyembro ng pamilya.

### SEKSYON III – Criteria ng Kita

Kapag tinutukoy ang kwalipikasyon para sa tulong sa pangangalaga sa ospital, dapat gamitin ang kita at mga asset ng asawa para isang taong nasa tamang edad; dapat gamitin ang kita at mga asset ng mga magulang para sa isang menor de edad na anak. Dapat na may kasamang patunay ng kita ang application na ito.

Ang kita ay batay sa kalkulasyon ng kita sa loob ng labing dalawang buwan, tatlong buwan o isang buwan bago ang petsa ng serbisyo.

Kabuuang Kita ng Pasyente/Pamilya na katumbas ng mas mababa sa sumusunod:

<b>HULING 12 BUWAN</b>	O	<b>HULING 3 BUWAN X 4</b>	O	<b>HULING 1 BUWAN X 12</b>

#### 17. MGA PINAGKUKUNAN NG KITA

	LINGGUHAN	BUWANAN	TAUNAN
A. Suweldo/Sahod Bago Ang Mga Pagbabawas _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Pamublikong Tulong _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Mga Benepisyo mula sa Social Security _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Pinansyal na Tulong sa Mga Walang Trabaho at Kababaihan _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Mga Benepiyo ng Beterano _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Sustento/Suporta sa Anak _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. Iba Pang Suporta sa Anyo ng Pera _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. Mga Pagbabayad mula sa Pensyon _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I. Insurance o Mga Taunang Pagbabayad _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. Mga Dividend/Interes _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K. Rental Income _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L. Kabuuang Kita ng Negosyo (self employed/na-verify ng nakahiwalay na mapagkukunan) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M. Iba pa (mga benepisyo ng strike, stipend ng pagsasanay, Pinansyal na pamamahagi sa pamilyang militar, kita mula sa mga estado at trust) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N. Kabuuan _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## SEKSYON IV – Sertipikasyon ng Aplikante

Nauunawaan ko na ang impormasyong isinumite ko para sa pagve-verify ng naaangkop na pasilidad sa pangangalagang pangkalusugan at ng Mga Pederal na Pamahalaan o Pamahalaan ng Estado. Kapag sinadya ko ang pagsisinungaling sa mga katotohanang ito, pananagutan ko ang lahat ng singil ng ospital at mapapailalim sa mga sibil na parusa.

Kung hiniling ng pasilidad sa pangangalagang pangkalusugan, mag-a-apply ako sa medikal na tulong ng pamahalaan o ng pribadong ahensya para sa pagbabayad sa singil ng ospital.

Pinapatotohanan ko na ang impormasyon sa itaas tungkol sa laki ng aking pamilya, kita at mga asset ay totoo at tama. Nauunawaan kong pananagutan kong abisuhan ang ospital sa anumang pagbabago sa status kaugnay ng aking kita.

18. LAGDA NG PASYENTE O GUARANTOR

19. PETA

### Programang Tulong sa Pangangalaga sa Ospital sa New Jersey (New Jersey Hospital Care Assistance Program)

#### PAGTUKOY NG APPLICATION PARA SA PAGLAHOK

#### SEKSYON I – Impormasyon ng Aplikante

1. PANGALAN NG PASYENTE		2. LAKI NG PAMILYA	
3. PETA NG SERBISYO	4. PETA NG PAGTUKOY	5. PETA NG PAG-EXPIRE	
6. KOMPUTASYON NG KITA <input type="checkbox"/> 12 buwan <input type="checkbox"/> 3 buwan	<input type="checkbox"/> 13 linggo x 4 <input type="checkbox"/> 1 buwan x 12	7. KABUWANG KITA	

#### SEKSYON II – Pagtukoy ng Medicaid

8. GINAWA BA ANG REFERRAL PARA SA PAMPUBLIKONG TULONG

Oo  Hindi Ipaliwanag: \_\_\_\_\_

#### SEKSYON III - Pagtukoy

Naaprubahan ang iyong kahilingan para sa Tulong para sa Pangangalaga sa Ospital sa New Jersey. Ang iyong pinansyal na pananagutan ay \_\_\_\_\_% ng singil ng ospital para sa mga serbisyong magsisimula sa \_\_\_\_\_. Ang ospital ay maaaring magbigay ng tulong na \_\_\_\_\_% ng mga singil ng ospital para sa anumang mga serbisyo ng ospital sa hinaharap sa loob ng \_\_\_\_\_ (na) buwan mula sa unang petsa ng serbisyo.

Tinanggihan ang iyong kahilingan sa Tulong para sa Pangangalaga sa Ospital sa New Jersey dahil hindi mo natugunan ang mga kinakailangan para sa kwalipikasyon. Ang mga sumusunod ay mga partikular na dahilan sa pagiging hindi kwalipikado:

- Hindi nagbigay ng dokumentasyon ng kita. \*
- Hindi nagbigay ng dokumentasyon ng mga asset. \*\*
- Lagpas sa criteria ng kwalipikasyon ang kita.
- Lagpas sa criteria ng kwalipikasyon ang mga asset.
- Na-reffer ang pasyente sa Medicaid
- Hindi nakapagbigay ng patunay ng pagtanggap ng Medicaid
- Iba Pa \_\_\_\_\_

\*Dapat na ibigay ng mga aplikanteng natukoy na hindi kwalipikado nang dahil sa hindi pagbibigay ng partikular na impormasyon ang impormasyong ito sa ospital:

HACKENSACK UNIVERSITY MEDICAL CENTER  
PROGRAMANG PINANSYAL NA TULONG (FINANCIAL ASSISTANCE PROGRAM)  
100 First Street Suite 300  
Hackensack, New Jersey 07601

Departamento ng Pinansyal na Tulong (Financial Assistance Department)

Tel: (551)996-4343

Fax: (551)996-4333

\*\*Ang mga aplikanteng may mga asset na lagpas sa kwalipikasyon ay may opsyon na "gastusin" ang mga sobrang asset para sa pagbabayad sa singil ng

ospital. Kung nagbayad ka ng \_\_\_\_\_ sa singil sa iyo ng ospital, maaaring ituring na kwalipikado ang natitirang balanse para sa

\_\_\_\_\_ % sa ilalim ng Programa ng Tulong para sa Pangangalaga sa Ospital sa New Jersey.

PANGALAN NG EVALUATOR	PAMAGAT
LAGDA	PETSA

Maaaring makipag-ugnayan ang mga aplikanteng may mga tanong tungkol sa programa sa

**Departamento ng Kalusugan ng Estado ng New Jersey (New Jersey State Department of Health)**

**PROGRAMA NG PANGANGALAGANG PANGKALUSUGAN PARA SA MGA TAONG WALANG INSURANCE (HEALTH CARE FOR THE UNINSURED PROGRAM)**

**CN 360, Trenton, New Jersey 08625-0360**

**Numero ng Telepono 1-866-588-5696**

NIREBISA NOONG 12/21/2015