



MGA TAGUBILIN SA APLIKASYON PARA SA TULONG PINANSYAL

TANDAAN: Ang Form na Ito ay Hindi Aplikasyon para sa Programa ng Medi-Cal ng California

Kakailanganin ng CHOC ang kalakip na aplikasyon, at ang mga sumusuportang dokumento na nakalista sa ibaba upang maayos na masuri ang iyong kahilingan para sa posibleng pagbabawas ng gastusin sa ospital/doktor na nagastos sa CHOC sa Orange, CHOC sa Mission Hospital, mga klinika ng CHOC, o mga lokasyon ng Pangunahing Pangangalaga ng CHOC.

Punan ang lahat ng seksyon ng aplikasyon. Ang mga dokumentong nakalista bilang kinakailangan ay dapat na kasama sa iyong aplikasyon. Anumang aplikasyon na kulang sa impormasyon o na isinumite na wala ang mga kinakailangang sumusuportang dokumento ay ibabalik sa iyo.

BIGYANG-PANSIN: KINAKAILANGAN ANG MGA SUMUSUNOD NA DOKUMENTO.

Ang mga dokumentong ito ay dapat na isumite kasabay ng iyong Aplikasyon ng Tulong Pinansyal.

**Ang dalawang (2) pinakabagong stub ng paycheck
Federal Income Tax return mula sa nakaraang taon**

Magbigay ng dokumentasyon na sumusuporta sa mga sumusunod na iba pang pinagmumulan ng kita kabilang ang:

Kita mula sa Negosyo (kung Sariling Hanapbuhay)	Social Security
Kita mula sa Paupahan	Mga Benepisyo sa Kawalan ng Trabaho
Suporta sa Bata	Kompensasyon para sa Manggagawa
Suportang Pinansyal sa Dating Asawa	Tulong Panlipunan / AFDC

Kung wala kang kita o mga dokumento bilang patunay ng kita, mangyaring magbigay ng liham na nagpapaliwanag kung paano mo sinusuportahan ang iyong sarili/pamilya.

Mag-email sa FinancialAssistance@choc.org para sa isang ligtas na link para sa pagsusumite ng iyong aplikasyon at mga sumusuportang dokumento.

Maaari ding ipadala ang kumpletong aplikasyon sa pamamagitan ng koreo sa:

CHOC
CHOC Family Payment Center
1201 W. La Veta Ave
Orange, California 92868-3874

Ang kasalukuyang inilathalang mga panuntunan ng kahirapan ng pederal ang ginagamit sa pagtukoy ng kwalipikasyon. Available ang patakaran sa Tulong Pinansyal para sa mga Bata ng CHOC kung hihilingin. Kung kailangan mong makipag-ugnayan sa ospital tungkol sa iyong aplikasyon, tumawag sa Sentro ng Tulong Pinansyal para sa Pamilya ng CHOC sa 714-509-8600.

Salamat sa pagpili sa CHOC para sa mga pangangailangan ng pangangalagang pangkalusugan ng iyong pamilya.

Impormasyon ng Pasyente

Pangalan ng Pasyente:		
Kasarian: Lalaki ☐ Babae ☐	Numero ng Account:	
Petsa ng Kapanganakan ng Pasyente:	(Mga) Petsa ng Serbisyo:	
Pangalan ng Guarantor:		
Address:		
May medikal na insurance ba ang pasyente?	Mayroon Wala	
Nagpasa ba ng aplikasyon ang pasyente para sa Medi-Cal o CCS?Oo	Hindi	
Bilang ng mga Miyembro ng Pamilya / Mga Dependent kada Isinumiteng Income Tax: (Isama ang lahat ng batang 21 taong gulang pababa)		Edad ng mga Miyembro ng Pamilya:

Impormasyon ng Kita

Impormasyon ng Magulang / Guarantor	Impormasyon ng Employer	Buwanang Kita (BAGO bawasan ng Mga Buwis)
Pangalan ng Magulang #1:	Pangalan ng Employer:	
		\$
Pangalan ng Magulang #2:	Pangalan ng Employer:	
		\$
Iba Pang Kita:	Pinagmumulan ng Kita:	
		\$
		\$

Taunang Kita: \$

Sa pamamagitan ng paglagda sa form na ito, sumasang-ayon akong payagan ang CHOC na tingnan ang history ng trabaho at credit para sa pagtukoy ng pagiging kwalipikado para sa pinansyal na diskwento. Nauunawaan kong inaatasan akong ibigay ang mga dokumentong nakabalangkas sa Mga Tagubilin sa Aplikasyon para sa Tulong Pinansyal. Pinapatunayan kong totoo at tama ang nasa itaas at na iniulat ang lahat ng kita.

Nauunawaan ko na ibinibigay ang impormasyong ito para sa pagtukoy ng posibleng Tulong Pinansyal para sa mga serbisyong ibinibigay sa CHOC, sumasailalim sa beripikasyon ang impormasyon sa aplikasyon, at posibleng magresulta sa pagtanggì ang sadyang misrepresentasyon ng impormasyon.

Lagda:	Petsa:
Pangalan:	# ng Pakikipag-ugnayan:
Email:	