

PANANALAPI



JOHNS HOPKINS
MEDICINE

**Johns Hopkins Medicine
Aplikasyon Para sa Pinansyal na Tulong**

Pakikumpleto ang kalakip na mga form at ibalik ang mga ito kasama ng mga dokumentong binabanggit sa ibaba.

Mga form na isasama:

Aplikasyon Para sa Pinansyal na Tulong (kalakip)

Dokumentong isasama:

1. Kopya ng mga tax return sa nakaraang taon. (Kung may-asawa at nag-file nang hiwalay, pakibigay ang mga kopya ng dalawang return).
2. Kopya ng iyong huling tatlong (3) pay stub, liham mula sa employer o patunay ng katayuan sa kawalan ng trabaho.
 1. Kopya ng liham ng social security award (kung naaangkop)
 2. Kopya ng liham ng pasya mula sa Medical Assistance o Social Security.
 3. Patunay ng buwanang gastusin sa pamumuhay na nakatala sa iyong aplikasyon tulad ng mga kopya ng bill sa telepono, mga bill sa BG&E, o mga bayad sa renta/mortgage.
 4. Mga kopya ng di-nabayarang medikal na gastusin.
 5. Kopya ng lahat ng medical insurance card.
 6. Patunay ng paninirahan tulad ng card ng identipikasyon, lisensya sa pagmamaneho, sertipiko ng kapanganakan o legal na kayuan sa permanenteng paninirahan (green card).

**PAKI-MAIL ANG IMPORMASYON SA:
3910 KESWICK ROAD, SUITE S-5100
ATTN: FINANCIAL ASSISTANCE LIAISON
BALTIMORE, MD 21211**

MAILING ADDRESS:
3910 Keswick Rd, Suite S-5100
ATTN: Financial Assistance Liaison
Baltimore, MD 21211

EMAIL: financialassistance@jhmi.edu

TELEPONO: 443-997-3067

FAX: 443-769-1250



Aplikasyon Para sa Pinansyal na Tulong

Impormasyon Tungkol Sa Iyo

Pangalan: _____

Unang Pangalan
Gitnang Pangalan
Apelyido

Social Security Number _____ - _____ - _____ Marital Status: Walang Asawa May Asawa Hiwalay

US Citizen OO HINDI Permanenteng Residente: OO HINDI

Address ng Bahay: _____ Telepono _____

Lungsod Estado Zip

Bansa

Pangalan ng Employer: _____ Telepono _____

Address ng Trabaho: _____

Lungsod Estado Zip

Mga Miyembro ng Sambahayan:

		SARILI
_____	Edad _____	_____
Pangalan	Edad	Kaugnayan
_____	Edad _____	_____
Pangalan	Edad	Kaugnayan
_____	Edad _____	_____
Pangalan	Edad	Kaugnayan
_____	Edad _____	_____
Pangalan	Edad	Kaugnayan
_____	Edad _____	_____
Pangalan	Edad	Kaugnayan
_____	Edad _____	_____
Pangalan	Edad	Kaugnayan

Nakaaplay ka ba ng Medical Assistance OO HINDI
 Kung oo, ano ang petsa noong nag-aplay ka? _____
 Kung oo, ano ang naging pasya? _____

Nakatanggap ka ba ng anumang uri ng tulong mula sa estado o bansa? OO HINDI

I. Kita ng Pamilya

Ilista ang halagan ng inyong buwanang kita mula sa lahat ng pinagkukunan. Maaaring kailanganin na magbigay ka ng patunay ng kita, mga asset, at mga gastusin. Kung wala kang kita, magbigay ng isang liham mula sa taong nagbibigay sa iyo ng matitirhan at pagkain.

Trabaho
 Mga Benepisyo sa Pagreretiro/Pensiyon
 Mga Benepisyo sa Social Security
 Mga Benepisyo sa Pamublikong Tulong
 Mga Benepisyo sa Kapansanan
 Mga Benepisyo sa Kawalan ng Trabaho
 Mga Benepisyo Bilang Beterano
 Sustento
 Kita sa Pagpaparenta ng Property
 Mga Benepisyo sa Nagwewelga
 Mga Benepisyo ng Militar
 May Sakahan o Sariling Trabaho
 Iba pang Pinagkukunan ng Kita

Buwanang Halaga

Kabuuan

II. Mga Liquid Asset

Checking Account
 Savings Account
 Stocks, Bonds, CD, o Money Market
 Iba Pang Mga Account

Kasalukuyang Balanse

Kabuuan

III. Iba Pang Mga Asset

Kung nagmamay-ari ka ng sumusunod na mga item, pakilista ang uri at tinatayang halaga.

Bahay	Balanse ng Utang	_____	Tinatayang Halaga	_____
Kotse	Brand	_____	Taon	_____
Dagdag sa Sasakyan	Brand	_____	Taon	_____
Dagdag sa Sasakyan	Brand	_____	Taon	_____

Ibang property Tinatayang Halaga _____
 Kabuuan _____

IV. Buwanang Gastusin

Renta o Mortgage _____
 Mga Utility _____
 (Mga) bayad sa kotse _____
 (Mga) credit card _____
 Insurance ng Kotse _____
 Insurance ng Kalusugan _____
 Iba Pang Mga Medikal na Gastusin _____
 Iba Pang Mga Gastusin _____
 Mayroon ka bang anumang mga di-nabayarang medical bill? OO HINDI
 Para sa anong serbisyo _____
 May naayos ka bang plano sa pagbabayad? Magkano ang mga buwanang bayad? _____

Halaga

Para sa Kuwalipikasyon sa Pinansyal na Tulong sa Medikal na Kahirapan:

Kita ng pamilya para sa labindalawang (12) buwan na nauna sa aplikasyong ito:

Medikal na Utang na napala sa Johns Hopkins (hindi kabilang ang co-insurance, mga co-payment, o deductible) para sa labindalawang (12) buwan na nauna sa petsa ng aplikasyong ito:

Petsa ng Serbisyo	Halagang inutang

Para sa Kuwalipikasyon sa Ipinagpalagay na Tulong Pinansyal:

1. Ano ang edad ng pasyente? _____
2. Buntis ba ang pasyente? Oo o Hindi
3. May mga anak ba ang pasyente na wala pang 21 taong gulang na nakatira sa bahay? Oo o Hindi
4. Bulag ba ang pasyente o malamang na may kapansan nang 12 buwan o higit pa mula sa trabahong sumasahod? Oo o Hindi
5. Tumatanggap ba ang pasyente sa kasalukuyan ng mga benepisyo sa SSI o SSDI? Oo o Hindi
6. Ang pasyente ba (and, if married, spouse) ay may kabuuang bank account o asset na maaaring i-convert sa cash na hindi lumalagpas sa sumusunod na mga halaga? Oo o Hindi

Laki ng Pamilya:

Indibidwal: \$2,500.00

Dalawang tao: \$3,000.00

Para sa bawat karagdagang miyembro ng pamilya, magdagdag ng \$100.00

(Halimbawa: Para sa pamilya na apat, kung mayroon kayong kabuuang liquid asset na mas mababa sa \$3,200.00, OO ang isasagot mo.)

7. Ang pasyente ba ay residente ng State of Maryland? Oo o Hindi
Kung hindi residente ng Maryland, sa anong estado nakatira ang pasyente? _____
8. Wala bang bahay ang pasyente? Oo o Hindi
9. Lumalahok ba ang pasyente sa WIC? Oo o Hindi
10. May mga bata ang sambahayan na nasa programa ng tanghalian na libre o binabaan ang presyo? Oo o Hindi
11. Lumalahok ba ang sambahayan sa programa ng tulong sa kuryente para sa mababa ang kita? Oo o Hindi
12. Tumatanggap ba ang pasyente ng SNAP/Food Stamps? Oo o Hindi
13. Naka-enroll ba ang pasyente sa Healthy Howard, Chase Brexton? Oo o Hindi
14. Ni-refer ba ang pasyente sa SH ng Catholic Charities, Mobile Med, Montg Co Cancer Crusade, Primary Care Coalition, Montgomery Cares, Project Access, o Proyecto Salud? Oo o Hindi
15. Ang pasyente ba ay kasalukuyang mayroong:
Medikal na Tulong sa Parmasiya Lamang Oo o Hindi
QMB/SMLB Oo o Hindi
16. Nagtatrabaho ba ang pasyente? Oo o Hindi
Kung hindi, petsa kung kailan nawalan ng trabaho. _____
Kuwalipikado ba siya sa health insurance coverage ng COBRA? Oo o Hindi

Lahat ng isusumiteng dokumento ay magiging bahagi ng aplikasyong ito.

Kung hihiling ka na mabigyan ng karagdagang tulong pinansyal, ang JHM ay maaaring humiling ng karagdagang impormasyon para gumawa ng dagdag na pagpapasya. Sa pamamagitan ng paglagda sa form na ito, pinatutunayan mo na ang ibinigay na impormasyon ay totoo at sumasang-ayon ka na ipaalam sa JHM ang anumang mga pagbabago sa impormasyong ibinigay sa loob ng sampung araw mula nang binago ito. Lahat ng impormasyong isinumite sa aplikasyon ay totoo at tama sa abot ng aking nalalaman, impormasyon at paniniwala.

Lagda ng Aplikante

Petsa

Kaugnayan sa Pasyente