

Aplikasyon para sa Uncompensated Care

| SEKSYON I.- IMPORMASYON NG PAMILYA/GUARANTOR | | SEKSYON IV.- MGA NON-LIQUID ASSET | | | | |
|---|----------|---|----------|-----------------|-----------------|----------------|
| Kabuuang Bilang sa Pamilya: | | | Make | Taon | Halaga ng utang | Buwanang bayad |
| # ng Dependent na Wala Pang 21 Taong Gulang: | | Kotse 1 | | | | \$ _____ |
| Pangalan ng Guarantor: | | Kotse 2 | | | | \$ _____ |
| Kaugnayan sa pasyente: | | Iba pa | | | | \$ _____ |
| Estado sa Pagkamamamayan | | Kaburuan | | | | |
| | | Sa iyo ba o inuupahan mo ang tirahan mo? | | | Pag-aari | Umuupa |
| SEKSYON II.- GROSS NA BUWANANG KITA | | Mayroon ka pa bang ibang pag-aari? | | Mayroon | Wala | |
| Ina: | | Address/Lokasyon: | | | | |
| <input type="checkbox"/> Trabaho o Hanapbuhay | \$ _____ | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Kapansanan | \$ _____ | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Kawalan ng Trabaho | \$ _____ | | Halaga | Halaga ng Utang | Equity | |
| <input type="checkbox"/> Pagreretiro | \$ _____ | Iba pang pag-aari | | | | |
| <input type="checkbox"/> Medi-cal | \$ _____ | KABUUANG mga Non- LIQUID ASSET: \$ _____ | | | | |
| <input type="checkbox"/> Iba pa: | \$ _____ | | | | | |
| Ama | | SEKSYON V.- BUWANANG MGA GASTUSIN | | | | |
| <input type="checkbox"/> Trabaho o Hanapbuhay | \$ _____ | | Ina | Ama | | |
| <input type="checkbox"/> Kapansanan | \$ _____ | Alimony at/o suporta sa mga anak | \$ _____ | \$ _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Kawalan ng Trabaho | \$ _____ | Mga Gastos sa Pangangalaga ng mga Bata sa Day Care | \$ _____ | \$ _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Pagreretiro | \$ _____ | Mga Premium ng Insurance sa Kalusugan | \$ _____ | \$ _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Medi-cal | \$ _____ | Mga gastos sa trabaho (\$75 bawat tao max.) | \$ _____ | \$ _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Iba pa: | \$ _____ | Kabuuang Medikal/Dental na mga Gastusin | \$ _____ | \$ _____ | | |
| KABUUANG KITA: | \$ _____ | Mga Charge Account/Loan/Credit Card: | \$ _____ | \$ _____ | | |
| | | Pangalan: | \$ _____ | \$ _____ | | |
| | | Pangalan: | \$ _____ | \$ _____ | | |
| SEKSYON III.- MGA LIQUID ASSET | | Pangalan: | \$ _____ | \$ _____ | | |
| Checking Account # | \$ _____ | MasterCard Limit | \$ _____ | \$ _____ | | |
| Pangalan ng Bangko: | | Visa limit: | \$ _____ | \$ _____ | | |
| Sangay: | | KABUUANG MGA GASTUSIN | \$ _____ | \$ _____ | | |
| Savings Account#: | \$ _____ | | | | | |
| Pangalan ng Bangko: | | KINAKAILANGANG MGA DOKUMENTO: | | | | |
| Sangay: | | <input type="checkbox"/> Tax Return noong nakaraang taon o 3 buwang halaga ng mga resibo ng sahod | | | | |
| Iba pa: | \$ _____ | <input type="checkbox"/> Kopya ng mga bank statement (2 buwan) | | | | |
| Tukuyin | | <input type="checkbox"/> Resibo ng upa o bayad sa hulog sa bahay (3 buwan) | | | | |
| KABUUANG MGA LIQUID ASSET: | \$ _____ | <input type="checkbox"/> Iba pa: (tukuyin) | | | | |

LAYUNIN: Ang layunin ng impormasyong ito ay upang malaman ang iyong kakayahan na magbayad para sa mga serbisyo sa Children's Hospital LA, o ang iyong posibleng pagiging kwalipikado para sa programa ng medikal na tulong. Ang impormasyong ito ay **HINDI** isang aplikasyon para sa Medi-Cal, at California Children's Services, County Medically Indigent Services Program, o anumang iba pang programa ng county para sa tulong. Ikaw ay DAPAT MAKIPAG-UGNAYAN SA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES SA IYONG COUNTY NG TINITIRHAN UPANG MAG-APLAY SA MGA PROGRAMA PARA SA TULONG.

Pinatutunayan ko na ang mga impormasyong nakasaad sa itaas ay tumpak at kumpleto. Nauunawaan ko na may karapatan ang ospital na beripikahin ang lahat ng impormasyon. Ako ay sumasang-ayon na ipagbigay-alam sa Patient Business Services ang anumang pagbabago sa aking pinansyal na impormasyon sa loob ng 10 araw mula sa petsa ng pagbabago.

NAUUNAWAAN KO NA AKO PA RIN ANG RESPONSABLE SA KABUUANG HALAGA NG MGA BAYARIN KO SA CHILDREN'S HOSPITAL LOS ANGELES.

Pirma ng Magulang/ Guardian

Petsa

Saksi/ Tagasalin

Kinatawan ng Ospital