

Programang Tulong Pinansyal ng Baptist Health

Kung kailangan mo ng tulong sa pagbabayad sa mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan ng Baptist Health Hospital, ang aming Programang Tulong Pinansyal (Financial Assistance Program, FAP) ay maaaring makatulong sa iyo. Pakisuyong punan ang aplikasyong ito sa para masuri at maproseso agad ng aming mga Tagapagtaguyod ng Pinansyal ng mga Pasyente ang aplikasyon mo. Anumang nawawala o hindi malinaw na impormasyon ay maaaring maging dahilan para maantala ang proseso ng aplikasyon mo o hindi ito maaprobahan.

Bilang karagdagan sa iyong aplikasyon, maaaring hilingin sa iyo ang sumusunod na suporta:

Uri ng Kita ng Sambahayan	Kailangang Dokumento
Kita mula sa sahod sa trabaho	<ul style="list-style-type: none"> • Pinakabagong paystub na may kabuoang taunang sahod; O • Ang pinakabagong buong buwan na paystub
Kita sa sariling negosyo o kita sa Pinapaupahan	<ul style="list-style-type: none"> • Pinakabagong buwis kasama ang lahat ng iskedyul; O • Pahayag ng Kita at Pagkawala; O • (Mga) Kasunduan sa Pagrenta
Kita sa Pamumuhunan (Interes, Dibidendo, atbp.)	<ul style="list-style-type: none"> • Pinakabagong buwis kasama ang lahat ng iskedyul; O • Mga Pahayag sa Pamumuhunan
Mga benepisyo sa kawalan ng trabaho o kita mula sa Suweldo ng Trabahador	<ul style="list-style-type: none"> • Buod ng Pagbabayad na nagpapakita ng iyong kabuoang lingguhang benepisyo
Alimony o suporta sa bata	<ul style="list-style-type: none"> • Pinakabagong buwis kasama ang lahat ng iskedyul; O • Desisyon ng Korte na Magdiborsyo / halagang iginawad
Kita sa pensiyon o pagreretiro/annuity	<ul style="list-style-type: none"> • Pinakabagong buwis kasama ang lahat ng iskedyul; O • Buwanang sulat ng kabuoang benepisyo
Kita sa Social Security/Karagdagang Kitang Panseguridad o Mga Benepisyo ng Beterano	<ul style="list-style-type: none"> • Pinakabagong buwis kasama ang lahat ng iskedyul; O • Buwanang sulat ng kabuoang benepisyo

Uri ng Ari-arian ng Pamilya	Kailangang Dokumento
Cash	<ul style="list-style-type: none"> • Kasalukuyang Statement ng Bangko para sa lahat ng Checking at Savings account
Mga Pamumuhunan (Mga CD, US Savings Bonds, US Treasury Bills, Stocks, Pondo sa Money Market, Mutual Funds, Trust Funds, atbp.)	<ul style="list-style-type: none"> • Mga Pahayag sa Pamumuhunan na nagpapakita ng balanse
Pangalawang Tahanan	<ul style="list-style-type: none"> • Pahayag ng Mortgage (maliban sa pangunahing tirahan); O • Bill / Statement ng Buwis sa Ari-arian

Mga miyembro ng pamilya	Kailangang Dokumento
Mga umaasang batang wala pang 18 taong gulang na kasama sa bahay	<ul style="list-style-type: none"> • Pinakabagong buwis kasama ang lahat ng iskedyul; O • Mga papeles ng Guardianship; O • Desisyon ng Korte na Magdiborsyo
Mga umaasang bata na wala pang 25 taong gulang na mga full-time na estudyante	<ul style="list-style-type: none"> • Pinakabagong buwis kasama ang lahat ng iskedyul; O • Katibayan ng pagpapatala sa paaralan
Kuwalipikadong Kamag-anak na nakatira sa iyo (Magulang, Biyenang, Kapatid, Pamangkin)	<ul style="list-style-type: none"> • Pinakabagong buwis kasama ang lahat ng iskedyul na nagpapakita ng patunay na inaangkin mo ang mga ito sa iyong buwis

Kung paano isumite ang aplikasyon mo:


Mag-apply online sa: www.My.BaptistChart.com

Mag-email sa amin sa: PFSFAAPPT@bmcjax.com



Magpunta nang personal sa:

Alinman sa aming mga Lokasyon ng Baptist Hospital
O sa aming San Marco East Location sa:
 3563 Philips Highway,
 BLDG B STE 201
 Jacksonville, FL 32207



Magpadala ng Liham sa:

Baptist Health Jacksonville
 PO Box 736048
 Dallas, TX 75373-6048
 Attn: Tagapagtaguyod ng Pinansyal ng mga Pasyente

May tanong? Tumawag sa 904.202.2092

KALAKIP D

Aplikasyon para sa Tulong-Pinansyal para sa mga Serbisyo ng Ospital

Pangalan ng Pasyente: _____ Numero ng Telepono: (____) ____ - _____
 Petsa ng Kapanganakan: ____ / ____ / ____ SSN: ____ - ____ - ____ Email Address: _____
 Adres: _____
 Lungsod: _____ Estado: _____ ZIP Code: _____

Buntis: Oo Hindi May Kapansanan: Oo Hindi Walang tirahan: Oo Hindi Katayuan sa Pag-aasawa:

Mayroon bang insurance na pangkalusugan/sasakyan upang saklawin ang anumang halaga ng iyong pangangalagang medikal? Oo _____ Hindi _____
Insurance/Policy#

Mga Miyembro ng Sambahayan:

Ilista ang sarili, asawa, at lahat ng dependent na nakatira sa iyo na iyong sinusuportahan kabilang, ang mga anak na wala pang 18 o mga full-time na mag-aaral sa kolehiyo na wala pang 25 (biyolohikal, adopted, step, ibang legal na umaasa na anak), magulang, biyanan, kapatid, pamangkin na babae, o pamangkin na lalake.

(Mga) Pangalan ng Miyembro ng Sambahayan	Petsa ng Kapanganakan	Huling 4 na numero ng SS#	Kaugnayan sa Pasyente	Katayuan ng Paghahain ng Buwis
Sarili / Pasyente			Sarili / Pasyente	

Kita ng Sambahayan:

Ilista ang lahat ng kita o "walang kita" para sa lahat ng miyembro ng pamilya ng sambahayan na nakalista sa itaas - kasama ang iyong sarili.

(Mga) Pangalan ng Miyembro ng Sambahayan	Pinagmulan ng Kita	Bilang ng Buwan na may Kita o Walang Kita	Kasalukuyang Kabuuang Buwanang Kita	Taunang Kabuuang Kita
mayroon o walang kita (kabilang ang iyong sarili)	Pangalan ng Employer, Self-Employed, Kita sa Pagpapaupa, Kita sa Pamumuhunan, Workman's Comp, Unemployment, Alimony/Child Support, Pension/Retirement/Annuities, Social Security, VA Benefits, o "Walang Kita". Kung hindi mo alam, isulat ang "Hindi Kilala".			Ilista ang kabuoang Kita
Sarili / Pasyente*				

*Kung nag-claim ka ng "Walang Kita", sabihin sa amin kung sino ang sumusuporta sa iyo: Pangalan: _____ Relasyon: _____

Mga Asset ng Sambahayan:

Ilista ang lahat ng asset o "walang asset" para sa lahat ng miyembro ng pamilya ng sambahayan na nakalista sa itaas - kabilang ang iyong sarili.*

(Mga) Pangalan ng Miyembro ng Sambahayan	Uri ng Asset	Kabuuang Kasalukuyang Dolyar na Halaga ng Asset
Sarili / Pasyente		

*Kung ang kabuuan ng lahat ng asset ay lumampas sa \$75k, anumang halagang higit sa \$75k ay ituturing na kita para sa mga layunin ng pagkalkulang ito.

Pansin sa Mga Tatanggap ng Medicare: Ang mga pederal na regulasyon ay nangangailangan ng mga tatanggap ng Medicare na magbigay ng patunay ng kita at mga ari-arian kapag nag-aaplay para sa tulong pinansyal sa ospital.

Inilalaan ng Baptist Health ang karapatan nitong baguhin ang anumang desisyon na ginawa sa pagtitiwala sa form na ito, kabilang ang pagbabalik ng isang write-off, kung ang isinumiteng impormasyon ay hindi tumpak/mali o kung ang mga medikal na bayarin ay nauugnay sa isang aksidente kung saan may kasunod na pagbawi ng pera. Pinatutunayan ko na ang impormasyon sa itaas ay tama at nauunawaan na alinsunod sa FL Statute 817.50 na pagbibigay ng maling impormasyon upang dayain ang isang ospital para sa layunin ng pagkuha ng mga produkto o serbisyo ay isang misdemeanor sa ikalawang antas. Nagbibigay ako ng awtorisasyon sa Baptist Health na i-verify ang impormasyong ibinigay sa pamamagitan ng isang ulat ng kredito ng consumer, kung kinakailangan.

Lagda ng Pasyente / Guarantor

Petsa

KUNG KINAKAILANGAN NG
KARAGDAGANG MGA LINYA,
MANGYARING HILINGIN ANG
PAHINA 2.