

Programang Tulong na Pinansiyal ng Maui Health System

Kung hindi ka makabayad para sa pangangalagang medikal, ang programang tulong na pinansiyal ng Maui Health System (MHS) ay maaaring makatulong. Ang aming programang ay nag-aalay ng tulong na pinansiyal sa mga kuwalipikado. Kung natutugunan mo ang mga kinakailangang nakalista sa ibaba, kakailanganin mong kumpletuhin at ipadala ang aplikasyong ito upang makalahok sa programa. Mangyaring tandaan: Ang programang tulong na pinansiyal ay iniaalay sa mga pasyente ng MHS. Ang tulong ay makukuha para sa emerhensiya o medikal na kailangan na pangangalaga lamang. Kung ikaw ay kuwalipikado, may mga partikular na gastos na sasakupin para sa mga serbisyong medikal at mga iniresetang gamot na ipinagkakaloob sa isang pasilidad ng MHS, kabilang ang Maui Memorial Medical Center, Kula Hospital o Lanai Community Hospital.

Unang Hakbang

MGA INIAATAS NA KUWALIPIKASYON

Dapat kang makatugon sa isa sa mga sumusunod upang maging kuwalipikado para sa tulong na pinansiyal:

- Ang kabuuang kita ng iyong sambahayan ay dapat na hindi hihigit sa 250% ng Pederal na mga Panuntunan sa Kahirapan. Bisitahin ang aspe.hhs.gov/poverty upang mahanap ang panuntunan para sa iyong estado.
- Ang iyong mula-sa-bulsang mga gastos na medikal ay mas mataas kaysa 15% ng taunang kabuuang kita ng iyong sambahayan.

Pagkakuwalipikado batay sa Mataas na Mula-sa-Bulsang mga Gastos na Medikal. Kung ikaw ay may hindi pangkaraniwang matataas na gastos na medikal, ikaw ay maaaring karapat-dapat para sa programang tulong na pinansiyal kung ang iyong mula-sa-bulsang mga gastos na loob ng 12-buwang panahon ay kapantay ng o mas mataas kaysa 15% ng taunang kabuuang kita ng iyong sambahayan. Ang mula-sa-bulsang mga gastos na medikal na kuwalipikado ay kabilang ang mga copay, coinsurance, at deductible na mga pagbabayad para sa emerhensiya o medikal na kailangan na mga serbisyo, gayon din ang dental na pangangalaga at iniresetang gamot. Maaari kaming humingi ng katunayan ng kita o mga kopya ng iyong mula-sa-bulsang mga gastos na medikal, dental o gamot. **Hindi lahat ng mga gastos na medikal ay kuwalipikado.** Halimbawa, ang mga sumusunod sa gastos ay hindi kuwalipikado:

- Mga halagang binabayaran mo para sa mga hulog sa planong pangkalusugan
- Mga gamot o suplay na hindi kailangan ng reseta
- Di-emerhensiyang napipili o pang-istilo ng pamumuhay na mga serbisyo na hindi itinuturing na medikal na kailangan
- Partikular na hindi isinamang mga gamot, tulad ng mga gamot sa kakayahang magkaanak, kosmetiko, o di-formulary

Para sa karagdagang impormasyon tungkol sa pagiging kuwalipikado para sa programang tulong na pinansiyal, o upang makakuha ng karagdagang kaalaman tungkol sa kung aling mga serbisyo ang sinasakop, mangyaring tingnan ang patakaran sa tulong na pinansiyal ng MHS sa aming website sa www.mauihealthsystem.org/fap.

Ika-2 Hakbang

MGA TAGUBILIN

Kung natutugunan mo ang mga iniaatas sa pagiging karapat-dapat, mangyaring ipakoreo o i-fax ang iyong pinirmahan, kinumpletong aplikasyon na nagtataglay ng lahat ng sumusuportang dokumentasyon sa Maui Health System - Lana'i Community Hospital, Attention: Financial Counseling Services, P.O. Box 630650, Lanai City, HI 96763, FAX (808) 565-8474

Mayroon Ka Bang Mga Tanong? Kung mayroon kang mga tanong o kung kailangan mo ng tulong sa aplikasyong ito, mangyaring tumawag sa MHS sa (800) 565-8456, mula Lunes hanggang Biyernes, 8:30 am hanggang 5:00 pm HST.

Paunawa ng aming desisyon. Pagkatapos naming matanggap ang iyong kinumpletong aplikasyon, sasabihin namin sa iyo ang aming desisyon sa pamamagitan ng koreo o telepono. Kabilang dito ang isang paliwanag ng iyong pag-aproba o pagtangi. Kung aprobahan, ang gawad sa iyo ay depende sa laki ng iyong kita at mga gastos na medikal. Kung ikaw ay tanggihan, magkakaroon ka ng pagkakataon na iapela ang desisyon. Sa ilang mga kaso, maaaring humingi kami ng itinama o karagdagang impormasyon.

Maaaring kailanganin mo rin na mag-aplay para sa pampubliko o pribadong segurong pangkalusugan. Kapag mag-aaplay ka para sa tulong na pinansiyal, maaaring kailanganin mo ring mag-aplay para sa anumang pampubliko o pribadong mga programang pangkalusugan na ikaw ay karapat-dapat. Sa mga ito ay maaaring kabilang ang QUEST Integration o ang Health Insurance Marketplace. Para sa karagdagang impormasyon, bisitahin ang healthcare.gov o tumawag sa (800) 318-2596. Maaaring hingin namin sa iyo na magpakita ng katunayan na ikaw ay nag-aplay sa mga programang ito o ikaw ay inaprobahan o tinanggihan. Maaari kang maging kuwalipikado para sa isang gawad na tulong na pinansiyal habang naghihintay ng desisyon mula sa mga programang ito.

Mangyaring tiyakin na nakumpleto ang aplikasyon sa abot ng makakaya. Anumang nawawalang impormasyon ay maaaring mag-antala sa anumang gawad na maaari mong makuha.

Ika-3 Hakbang

Mangyaring kumpletuhin ang impormasyon sa ibaba.

PASYENTE

Pangalan (una, gitnang inisyal, apelyido)		Petsa ng kapanganakan (buwan/araw/taon)
Kalyeng Address		Numero ng Apt.
Lungsod, Estado, ZIP		
Telepono sa bahay/selular na telepono	Numero ng rekord na medikal	Numero ng Social Security
Pangalan (una, gitnang inisyal, apelyido)		Petsa ng kapanganakan (buwan/araw/taon)
Telepono sa bahay/selular na telepono	Numero ng rekord na medikal	Numero ng Social Security

IMPORMASYON

Ikaw ba o ang isang miyembro ng pamilya na kasama mo sa bahay ay kasalukuyang nagtatrabaho? Oo Hindi

Ikaw ba ay may ibang segurong medikal? Kung oo, sa ano: Oo Hindi Numero ng ID ng Subscriber: _____
 Pangalan ng kompanya ng seguro: _____

Ikaw ba ay may Medicare? Oo Hindi Kung oo, ilista ang iyong numero ng ID ng Subscriber: _____

Ikaw ba ay nakaenrol sa isang Medicare savings program kung saan ang estado ay nagbabayad para sa hulog sa Medicare? Oo Hindi

Ikaw ba ay nakaenrol sa isang Medicare Part D? Oo Hindi
 Kung ikaw ay isang Medicare Part D beneficiary na may limitadong kita at kakayahan, maaari kang maging kuwalipikado para sa dagdag na tulong sa pagbabayad para sa mga gastos sa iyong iniresetang gamot sa pamamagitan ng Tulong sa Maliit ang Kita (Low Income Subsidy, LIS).

Nakapag-aaplay ka na ba para sa Medicare LIS sa Social Security Administration? Oo Hindi
 Kung oo at ikaw ay may liham ng pag-aproba, pagtanggap, o paghihintay kamakailan, mangyaring magharap ng isang kopya kasama ng iyong aplikasyon.

Nag-aaplay o nakapag-aaplay ka na ba para sa Medicaid? Oo Hindi Hindi Sigurado Kung
 oo, ilista ang iyong numero ng ID ng Subscriber: _____
 Kung nakapag-aaplay ka na para sa QUEST Integration at may kamakailan lamang na liham ng pag-aproba o pagtanggap, o paghihintay, mangyaring magpadala ng isang kopya kasama ng iyong kinumpletong aplikasyon.

Ikaw ba ay may Health Savings Account na may kasalukuyang balanse? Oo Hindi

SAMBAHAYAN NG PAMILYA/MGA NAKADEPENDE

Laki ng Sambahayan ng Pamilya: _____ (Ilista ang bilang ng mga miyembro ng pamilya na kasama mo sa bahay, tulad ng asawa, isang kuwalipikadong domestic partner, mga anak, di-magulang na tagapag-alagang mga kamag-anak, atbp.)

a. Pangalan ng nakadepende: (kung nag-aaplay lamang para sa tulong na pinansiyal)

Relasyon	Numero ng rekord na medikal	Petsa ng kapanganakan (buwan/araw/taon)
----------	-----------------------------	---

b. Pangalan ng nakadepende: (kung nag-aaplay lamang para sa tulong na pinansiyal)

Relasyon	Numero ng rekord na medikal	Petsa ng kapanganakan (buwan/araw/taon)
----------	-----------------------------	---

c. Pangalan ng nakadepende: (kung nag-aaplay lamang para sa tulong na pinansiyal)

Relasyon	Numero ng rekord na medikal	Petsa ng kapanganakan (buwan/araw/taon)
----------	-----------------------------	---

Ang hindi kumpletong impormasyon ay magreresulta sa pagkaantala sa pagproseso o pagtangi sa iyong aplikasyon.

BUWANANG KABUUANG KITA NG PAMILYA (Ilista ang LAHAT ng Kita mula sa mga miyembro ng pamilya na nasa sambayanan)			
Aplikante/pasyente		Asawa/tagapangalaga	
Kabuuang Suweldo/Sahod (bago ang mga buwis)	\$	Kabuuang Suweldo/Sahod (bago ang mga buwis)	\$
Alimony/Suporta sa anak	\$	Alimony/Suporta sa anak	\$
Kita sa pagtatrabaho sa sarili o Negosyo*	\$	Kita sa pagtatrabaho sa sarili o Negosyo*	\$
Pensiyon o pagreretiro/Mga annuity	\$	Pensiyon o pagreretiro/Mga annuity	\$
Mga benepisyo sa kawalan ng trabaho	\$	Mga benepisyo sa kawalan ng trabaho	\$
Social Security/mga benepisyo ng estado para sa kapansanan/pansamantalang kapansanan/suplementong kitang panseguridad/mga beterano	\$	Social Security/mga benepisyo ng estado para sa kapansanan/pansamantalang kapansanan/suplementong kitang panseguridad/mga beterano	\$
Paupahang ari-arian	\$	Paupahang ari-arian	\$
Iba, kabilang ang kitang cash (ilarawan):	\$	Iba, kabilang ang kitang cash (ilarawan):	\$
Kabuuang buwanang kita:	\$	Kabuuang buwanang kita:	\$

*Kagap nag-uulat ng kita sa paupahan o pagtatrabaho sa sarili, dapat mong isama ang iyong pinakahuling pahayag ng buwis, kasama ng lahat ng sumusuportang iskedyul.

KATUNAYAN NG DOKUMENTASYON NG KITA

Mahalaga: Maaari mong kailanganing magbigay sa amin ng *mga kopya* ng mga sumusunod na dokumento para sa lahat ng mga aplikante.

- Isang kopya ng iyong pinakahuling pinirmahang pederal na pahayag ng kita, na may elektronikong pagpapatotoo ng paghaharap o iyong pirma (isama ang lahat ng mga pahina at iskedyul)
- Isang kopya ng iyong 2 pinakahuling pay stub na nagpapakita ng year-to-date (YTD) na kita
- Mga kopya ng ibang mga pinakahuling dokumento, mga pahayag o liham ng gawad tungkol sa lumilikha ng kita upang patotohanan ang karagdagang kita ng sambayanan, tulad ng:
 - Kapansanan
 - Kawalan ng trabaho
 - Katunayan ng alimony/suporta sa anak
 - Kita sa pagpapauapa o ari-arian
 - Social Security
 - Mga pahayag ng bangko
 - Mga kuwenta ng pagreretiro o pensiyon

Mangyaring huwag magpadala ng mga orihinal. Mga kopya lamang ang kailangan.

Mangyaring tandaan: Kung mapatotohanan namin ang iyong pinansiyal na katayuan gamit ang mga panlabas na pinagkukunan ng mga datos o ikatlong-partidong mga tagabenta, hindi mo na kailangan magpadala sa amin ng dokumentasyon na nakalista sa itaas.

IBANG DOKUMENTASYON NG KITA

Kung wala kang dokumentasyon upang patotohanan ang iyong kita AT ikaw ay nakakatugon sa mga sumusunod na pamantayan, mangyaring isama ang isang pinirmahang pahayag na nagpapaliwanag ng katunayan ng iyong kita.

- Hindi ako tumatanggap ng pormal na pay stub mula sa aking pinagtatrabahuhan.
- Ako ay walang kita. (Kung mamarkahan mo ang kahong ito, dapat kang magbigay ng nakasulat na paliwanag ng iyong pinansiyal na
- kalagayan sa seksyon na "Kita" ng aplikasyong ito.) Ako ay hindi inaatasang magharap ng isang pederal o pang-estadong pahayag ng buwis para sa pinakahuling taon ng buwis.

Kung wala sa nasa itaas na angkop, maaaring kailanganin mong magsumite ng mga kopya ng lahat ng kinakailangang mga dokumento kasama ng aplikasyong ito.

IMPORMASYON TUNGKOL SA GASTOS NA MEDIKAL

Kung ang kita ng iyong sambayanan ay kapantay o mas mataas kaysa 250% ng Pederal na mga Panuntunan sa Kahirapan o kung ikaw ay nag-aaplay sa ilalim ng pamantayan ng mataas na gastos na medikal, dapat mong kumpletuhin ang seksyong ito. Mangyaring ilarawan ang iyong mula-sa-bulsang mga gastos na medikal na binayaran sa loob ng huling 12 buwan at magsumite ng mga kopya ng iyong di-MHS na mga resibo o may pag-iisa-isang mga invoice kasama ng iyong kinumpletong aplikasyon.

Mga pagbisita sa ospital o tanggapan: \$ _____ Mga iniresetang gamot: \$ _____

Ibang mga gastos na medikal, tulad ng mga serbisyo ng ambulansiya, kagamitang medikal, o mga gastos na dental: \$ _____

(mangyaring ilarawan):

PINANSIYAL NA KASUNDUAN AT AWTORISASYON SA ULAT NG KREDITO

Sa pamamagitan nito ay ipinahahayag ko sa ilalim ng parusa sa pagbibigay ng hindi totoong sinumpaang pahayag na (a) ang lahat ng mga impormasyong nakalagay sa itaas sa aplikasyong ito ay totoo at tama sa lahat ng mga aspeto, at lahat ng nakalakip ay mga tumpak na kopya ng mga orihinal na dokumento, o (b) hindi ako makakapagbigay ng mga dokumentong may kaugnayan sa pagpapatunay ng kita o ibang ebidensiya ng aking kita. Ipinagbibigay-alam ko rin na sumasang-ayon ako na may tungkulin akong magbayad sa Maui Health System (MHS) para sa alinman at lahat ng mga halagang dapat bayaran sa MHS para sa mga kalakal at serbisyong medikal na hindi sakop ng Programa (ang "Mga Natitirang Halaga").

- Ako ay sumasang-ayon na hayaan ang Maui Health System na kumuha ng impormasyon mula sa mga ahensiya ng pag-uulat ng kredito ng mamimili at ibang ikatlong-partidong mga pinagkukunan ng impormasyon upang alamin ang aking pagiging karapat-dapat para sa pederal, pang-estado, at pribadong mga programang medikal.
- Hindi ako sumasang-ayon sa inilarawan sa naunang pangungusap. (Mangyaring inisyalan dito kung minarkahan mo ang kahong ito.) _____

Ang aplikante o humahawak ng kuwenta ay bibigyan ng paunawa, sa pamamagitan ng koreo o telepono, aprobahan man o hindi ang aplikasyon. Pinananatili ng Maui Health System ang karapatang baguhin o bawiin ang mga gawad.

Pirma ng Aplikante/Tagapangalaga X	Petsa (buwan/araw/taon)
Pirma ng Asawa ng Aplikante/Tagapangalaga X	Petsa (buwan/araw/taon)