

Mga Tagubilin: Mangyaring lagyan ng sagot ang lahat ng mga puwang sa ibaba. Kung hindi natutugod ang isang bagay, mangyaring isulat ang N/A (Not Applicable). Maglakip ng mga photokopya ng mga sumusunod na natutugod sa inyong kasalukuyang situwasyon: **1. Ang inyong pinakahuling (mga) paycheck stub na may impormasyon tungkol sa inyong kinita mula sa umpisa ng taon hanggang sa ngayon (YTD income); 2. Ang inyong pinakahuling income tax return (ulat ng kita), kabilang ang lahat ng mga kalakip; 3. Tseke o entitlement letter mula sa Social Security; o statement mula sa bangko, kung natatanggap ninyo ang pera sa pamamagitan ng direct deposit; 4. Unemployment award letter; 5. Harris Health System gold card.** Kung unemployed o wala kayong trabaho at dumedepende kayo sa iba upang magkapera at/o mabayaran ang inyong mga gastos, mangyaring maglakip ng letter of support o kasulatan mula sa taong iyon na nagsasabing sinusupporta niya kayo. Maglakip din ng isang kopya ng kanyang tax return, kung kayo ay nakalista bilang isang dependent sa kanyang tax return. Kung mayroon kayong mga katanungan o kailangan ninyo ng karagdagang tulong sa pagbuo nitong application, mangyaring kontak ang Centralized Business Office sa 877-493-3228 mula Lunes hanggang Biyernes, 7:00 ng umaga hanggang 7:00 ng gabi, Sabado 8:00 ng umaga hanggang 12:00 ng hapon.

Mangyaring ibalik ang nabuong application at pan-suportang mga dokumento sa sinumang Patient Access team member, o i-fax sa (832)667-5995 o ipadala sa Houston Methodist, Central Business Office; Attn: Financial Assistance Unit; 701 S. Fry Road; Katy, TX 77450.

PANGALAN NG PASYENTE (MANGYARING I-PRINT)

HULING APAT NA NUMERO NG SOCIAL SECURITY NUMBER

PANGALAN NG ASAWA / MAGULANG / TAGAPANGALAGA
(MANGYARING I-PRINT)

SOCIAL SECURITY NUMBER

ADDRESS NG BAHAY

TELEPONO _____ PETA NG KAPANGANAKAN _____ KATAYUANG MARITAL _____

(MGA) SERBISYONG HINIHIILING: _____

ACCOUNT NUMBER: _____ MGA PETA NG SERBISYO: _____

Dami ng mga bata na hindi pa 18 taong gulang na naninirahan sa bahay: _____ Mga Pangalan ng mga Dependent

Kadugo _____

Stepchildren _____

(mga anak na panguman) _____

Walang Kaugnayan _____

Tagapangalaga ni _____

Pasyente

Asawa / Iba

Pinagtatrabahuhan _____

☐ Nagtatrabaho Full time

☐ Nagtatrabaho Part Time

☐ Walang trabaho / retirado / may kapansanan

☐ Hindi maaring ipagpatuloy ang pagtatrabaho

☐ Maybahay (Housewife)

Pinagtatrabahuhan _____

☐ Nagtatrabaho Full time

☐ Nagtatrabaho Part Time

☐ Walang trabaho / retirado / may kapansanan

☐ Hindi maaring ipagpatuloy ang pagtatrabaho

☐ Maybahay (Housewife)

KABUUANG KITA NG PAMILYA* \$ _____ bawat buwan (MAGLAKIP SA APPLICATION NG (MGA) PATUNAY NG KITA)

** Kasama ang lahat ng sahod, mula sa trabaho sa sakahan o pagtatrabaho para sa sarili (self-employment), tulong mula sa pamahalaan (public assistance), Social Security, kabayaran dahil walang trabaho / worker's compensation, mga benepisyo sa pagreretiro, mga benepisyo dahil mayroong strike o welga, alimony (tulong mula sa dating asawa), child support (tulong mula sa dating asawa upang masuporta ang anak), mga pamamahagi mula sa militar, mga pension o sustento, mga kita mula sa mga dividend, interes, kita mula sa mga pag-aaring pinarerenta at iba pang mga pinagkukunan ng iba-ibang klaseng kita.*

Pinatutunayan ko na ang impormasyon sa itaas ay totoo at tumpak sa aking pinakamahasay na kaalaman. Nauunawaan ko na kung hindi ko naibigay ang lahat ng impormasyon na hiniling sa itaas, maaaring ituring na nawala ang aking karapatang tumanggap ng anumang pinansiyal na tulong sa ilalim ng Programa. Dagdag dito, kung naaangkop, hihiling ako ng tulong mula sa pamahalaan, gagawin ko ang dapat kong gawin upang makuha ang ganoong tulong, at aabisuhan ko ang Houston Methodist kung naaprobahan o hindi ang aking application. Pinapahintulutan ko (namin) ang Houston Methodist na kumuha ng impormasyon mula sa anumang magpagkukunan upang mapatotohanan ang aking (aming) (mga) sinabi.

(Lagda ng Pasyente / Aplikante)

(Peta)