

**PRINCESS ANNE AMBULATORY SURGERY CENTER
1975 GLENN MITCHELL DR. STE 300
VIRGINIA BEACH, VA 23456
757-507-0170**

Aplikasyon sa Tulong Pinansyal – Pagtukoy sa Pagiging Kwalipikado

Pangalan ng Pasyente: _____ MR#: _____
Patient Name

Address ng Pasyente: _____
Patient Address

ng Telepono: _____ Petsa ng Serbisyo: _____
Phone # Date of Service

Kabuuang Singilin: _____ Halaga ng Hinihiling na Kawanggawa: _____
Total Charges Amount of Charity Requested

Ang Kawanggawa ay Hinihiling ni/ng: _____ Kaugnayan sa Pasyente: _____
Charity Requested by Relationship to Patient

Ilista ang bawat miyembro ng sambahayan ng pasyente, kasama na ang pasyente, gaya ng nakalista sa tax return. Gumamit ng mga karagdagang sheet kung kinakailangan.

PANGALAN: <i>NAME</i>	EDAD: <i>AGE</i>	KAUGNAYAN: <i>RELATIONSHIP</i>	KABUUANG BUWANANG KITA: <i>GROSS MONTHLY INCOME</i>	ADDRESS AT # NG TELEPONO NG EMPLOYER: <i>EMPLOYER ADDRESS & PHONE #</i>

Kabuuang bilang sa sambahayan: _____ Pagmamay-ari mo ba ang iyong bahay? Oo Hindi o Nagrerenta ka ba? Oo Hindi
Total number in household Do you own your home? Yes No or Do you rent? Yes No

Iba Pang Mga Pinagmumulan ng Kita
Other Sources of Income

Kabuuang Halaga bawat Buwan
Gross Amount per Month

Kabuuang Kita ng Pamilya sa Huling 3 Buwan: _____ X 4 = 12 Buwan Kabuuan _____ Kabuuang Kita
Last 3 Months Total Family Income X 4 = 12 Months Total Total Gross Income

LAGYAN NG CHECK ANG ALINMAN SA MGA SUMUSUNOD NA MEDIKAL NA MAPAGKUKUNAN NA MAYROON KA:

Komersyal na Insurance Veteran's Affair Tricare Medicare Medicaid
Commercial Insurance

Ang serbisyo bang ito ay nauugnay sa isang aksidente kung saan maaari kang makakuha ng claim o katawanin ng isang abugado? Oo _____ Hindi _____
Was this service due to an accident in which you may have a claim or be represented by an attorney? Yes No

Kung oo, ano ang pangalan at impormasyon sa pakikipag-ugnayan ng abugado? _____
what is the attorney's name and contact information?

Upang makumpleto ang iyong aplikasyon, DAPAT MONG ISAMA ANG MGA SUMUSUNOD NA IMPORMASYON: Ang huling dalawang (2) taon ng iyong Pederal na Income Tax return (hindi sapat ang mga W2 lang).

Pinapatunayan ko na totoo at tama ang impormasyon sa itaas. Pinapahintulutan ko ang Princess Anne Ambulatory Surgery Center na i-verify ang impormasyong ito sa mga employer at iba pang mga ahensya. Nauunawaan ko rin na ang impormasyong ito ay mapapailalim sa pagsusuri ng Mga pederal na ahensya at/o Ahensya ng estado. Nauunawaan ko rin na inaasahang mag-a-apply ako sa anumang iba pang tulong na maaaring available sa akin.

PRINCESS ANNE AMBULATORY SURGERY CENTER
1975 GLENN MITCHELL DR. STE 300
VIRGINIA BEACH, VA 23456
757-507-0170

Lagda: _____ *Petsa ng Paghiling:* _____
Signature: _____ *Date Requested*

To be completed by PAASC (Kukumpletuhin ng PAASC): Date received: _____ Documents for income verification: _____

Approved for Charity Reduced Fee Denied Reason: _____

Approved By: _____ Date: _____