



Pangalan ng Pasyente: _____ Account #: _____
Patient Name Account #

Address ng Pasyente: _____
Patient Address

ng Telepono: _____ Petsa ng Pagpasok sa Ospital: _____ Petsa ng Paglabas sa Ospital: _____
Phone # Admit Date Discharge Date

Kabuuang Singilin: _____ Halaga ng Diskwento: _____
Total Charges Write Off Amount

Ang Tulong ay Hiniling ni/ng: _____ Kaugnayan sa Pasyente _____
Assistance 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.

List every member of the patient's household, including patient, as listed on the tax return. Use additional sheets if necessary.

PANGALAN <i>NAME</i>	EDAD <i>AGE</i>	KAUGNAYAN <i>RELATIONSHIP</i>	IKABUUANG BUWANANG KITA <i>MONTHLY GROSS INCOME</i>	PINAGMUMULAN NG KITA <i>SOURCE OF INCOME</i>

PAKIKUMPLETO ANG SUMUSUNOD NA SEKSYON TUNGKOL SA IYONG MGA ARI-ARIAN, SAGUTIN, KITA AT GASTUSIN:

PLEASE COMPLETE THE FOLLOWING SECTION ON YOUR ASSETS, LIABILITIES, INCOME AND EXPENSES

Pagmamay-ari mo ba o nirentahan mo ang iyong bahay? Pagmamay-ari Nirentahan Halaga ng buwanang renta/hulog sa bahay: \$ _____
Do you own or rent your home? Own Rent Monthly rent/mortgage amount

Halaga ng natitira sa hulog sa bahay: \$ _____
Amount remaining on mortgage

Pagmamay-ari mo ba o inaarkila mo ang iyong kotse?

Do you own or lease your car?

Pagmamay-ari Inaarkila Halaga ng buwanang bayad sa kotse: \$ _____
Own Lease Monthly car payment amount

Natitirang balanse sa utang sa kotse: \$ _____
Remaining car loan balance

Magkano ang iyong buwanang gastusin upang mabuhay? Wala pang \$500 Nasa pagitan ng \$500 at \$1,000
How much is your monthly living expense? Less than \$500 Between \$500 and \$1,000
 Nasa pagitan ng \$1,000 at \$2,000 Higit sa \$2,000
Between \$1,000 and \$2,000 More than \$2,000

Kabuuang kita ng pamilya sa huling tatlong (3) buwan \$ _____
Total family income for the last three (3) months

Balanse ng Checking Account \$ _____ Balanse ng Savings Account \$ _____
Checking Account Balance Savings Account Balance

Pamumuhunang Walang Kaugnayan sa Pagreretiro \$ _____ Balanse ng Savings para sa Pagreretiro \$ _____
Non-Retirement Investment Retirement Savings Balance

PAKISURI KUNG NAKAKATANGGAP KA O MAYROON NG ALINMAN SA MGA SUMUSUNOD NA KARAGDAGANG MAPAGKUKUNAN:
PLEASE CHECK IF YOU RECEIVE OR HAVE ANY OF THE FOLLOWING ADDITIONAL RESOURCES

Komersyal na Insurance Insurance ng Beterano Champus/Tricare Medicare Medicaid
Commercial Insurance Veteran's

SNAP Mga Food Stamp TANF COBRA Iba pa, pakitukoy: _____
Food Stamps Other, please specify

Ang serbisyo bang ito ay nauugnay sa isang aksidente kung saan maaari kang makakuha ng claim o katawanin ng isang abugado? _____
Was this service due to an accident in which you may have a claim or be represented by an attorney?

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

Pinapatunayan ko na totoo at tama ang impormasyon sa itaas. Pinapahintulutan ko ang Mga Ospital ng Sentara 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 inasahang mag-a-apply ako sa anumang iba pang tulong na maaaring available sa akin.

I certify that the above information is true and correct. I authorize Sentara Hospitals to verify this information with employers and other agencies. I also understand that this information is subject to review by Federal and/or State Agencies. I also understand that I am expected to make application to any other help, which may be available to me

Place
Stamp
Here

Sentara Healthcare
ATTN: Financial Assistance Coordinator
535 Independence Parkway, Suite 700
Chesapeake, Virginia 23320

Minamahal na Pasyente ng Sentara,
Bilang mga provider ng pangangalagang pangkalusugan, nagmamalasakit kami sa kapakanan ng aming mga pasyente mula sa unang pagpasok sa ospital hanggang sa paglabas at pagsingil.

Naunawaan namin na madalas na hindi napagpaplanuhan ang mga gastusin sa pangangalagang pangkalusugan at maaring mukhang napakahirap magampanan ang pinansyal na obligasyong ito. Totoo ito lalo na kung hindi ka saklaw ng insurance sa kalusugan.

Kung sa tingin mo ay maaring kwalipikado ka para sa tulong pinansyal o pangangalaga sa mas mababang rate batay sa iyong kita, pakitulangan kami sa pagsusuri sa iyong pagiging kwalipikado para sa tulong sa pamamagitan ng pagkumpleto sa form na ito at ibalik ito sa amin.

Maari ka ring tumawag sa amin sa (757) 233-4600 o (757) 984-4600 sa Williamsburg. Ikalulugod namin ang pagtulong sa iyo.



SENTARA®

Ang inyong pangkomunidad at not-for-profit na katuwang sa kalusugan

HRNV_TAG