

FINANCE



JOHNS HOPKINS  
M E D I C I N E

**Aplikasyon para sa Pinansyal na  
Tulong ng Johns Hopkins Medicine**

**Pakikompleto ang mga kalakip na form at ibalik ito kasama ng dokumentasyon na nakasaad sa ibaba.**

**Mga pormularyo na dapat isama:**

Aplikasyon para sa Pinansyal na Tulong (nakalakip)

**Mga dokumentasyon na dapat isama:**

1. Kopya ng huling taon na mga deklarasyon sa buwis. (Kung kasal at naghain ng hiwalay, pakibigay ang mga kopya ng parehong mga returns).
2. Kopya ng iyong huling tatlong (3) payslip, liham mula sa employer, o patunay ng estado ng kawalan ng trabaho.
  1. Kopya ng liham ng pagkakatalaga sa Social Security (kung naaangkop)
  2. Kopya ng liham ng desisyon mula sa Medical Assistance o Social Security.
3. Patunay ng buwanang gastusin sa pamumuhay ayon sa nakatala sa iyong aplikasyon, tulad ng mga kopya ng phone bills, BG&E bills, o bayad sa renta/mortgage.
4. Mga kopya ng mga hindi nabayaranang gastusin sa medisina
5. Kopya ng lahat ng mga card ng seguro sa medisina.
6. Patunay ng tirahan tulad ng identification card, lisensya sa pagmamaneho, sertipiko ng kapanganakan, o legal na status ng permanenteng paninirahan (green card).

**PANGHILINGAN ANG IMPORMASYON SA:  
ATTN: KAGAWARAN NG  
PAGBABAYAD  
5901-A HOLABIRD AVENUE  
BALTIMORE, MD 21224**



## Aplikasyon para sa Pinansyal na Tulong

### Impormasyon Tungkol sa Iyo

Pangalan: \_\_\_\_\_  
Unang
Gitnang Huling

Numero ng Social Security Katayuan sa \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Kasal: Walang Asawa Kasal Hiwalay

Mamamayan ng US  OO  HINDI Permanenteng Residente:  OO  HINDI

Tirahan ng Bahay: \_\_\_\_\_ Telepono \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
Lungsod
Estado
Zip
Bansa

Pangalan ng Employer: \_\_\_\_\_ Telepono Tirahan ng \_\_\_\_\_  
 Trabaho: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
Lungsod
Estado
Zip

### Mga Miyembro ng Sambahayan:

	<b>SARILI</b>	
Pangalan	Edad	Relasyon
Pangalan	Edad	Relasyon
Pangalan	Edad	Relasyon
Pangalan	Edad	Relasyon
Pangalan	Edad	Relasyon
Pangalan	Edad	Relasyon
Pangalan	Edad	Relasyon
Pangalan	Edad	Relasyon

Nakapag-aplay ka na ba para sa Medical Assistance?  OO  HINDI  
 Kung oo, ano ang petsa ng iyong aplikasyon? \_\_\_\_\_  
 Kung oo, ano ang naging desisyon? \_\_\_\_\_

Nakakatanggap ka ba ng anumang uri ng tulong mula sa estado o lalawigan?  OO  HINDI

### I. Kita ng Pamilya

Ilahad ang halaga ng iyong buwanang kita mula sa lahat ng pinagmumulan. Maaaring kailanganin mong magbigay ng patunay ng kita, ari-arian, at gastos. Kung wala kang kita, pakibigay ang liham mula sa taong nagbibigay ng iyong tirahan at pagkain.

	Buwanang Halaga
Trabaho	_____
Mga Benepisyo sa Pagretiro/Pensiyon	_____
Mga Benepisyo sa Seguridad Panlipunan	_____
Mga Benepisyo sa Pamublikong Tulong	_____
Mga Benepisyo sa Kapansanan	_____
Mga Benepisyo sa Kawalan ng Trabaho	_____
Mga Benepisyo para sa mga Beterano	_____
Sustento	_____
Kita mula sa Pagpapaupa ng Ari-arian	_____
Mga Benepisyo sa Pag-aaklas	_____
Mga Benepisyo sa Militar	_____
Kita mula sa Pagsasaka o Sariling Pagnenegosyo	_____
Iba Pang Pinagmumulan ng Kita	_____
	Kabuuang _____

**II. Likidong Ari-arian**

Mga tseke na account	_____
Ipon na Account	_____
Mga Stock, Mga Bono, Katibayan ng Deposito, o Pamilihang Pera	_____
Ibang Mga Account	_____
	Kabuuang _____

**Kasalukuyang  
Balanseng**

**III. Ibang Ari-arian**

Kung mayroon ka ng alinman sa mga sumusunod na bagay, pakilista ang uri at tinatayang halaga.

Utang sa Bahay _____	Tinatayang Halaga _____
Sasakyan Brand _____ Taon _____	Tinatayang Halaga _____
Karagdagang Sasakyan Brand _____ Taon _____	Tinatayang Halaga _____
Karagdagang Sasakyan Brand _____ Taon _____	Tinatayang Halaga _____
Ibang Ari-arian _____	Tinatayang Halaga _____
	Kabuuang _____

**IV. Halaga ng Buwanang**

Urent o Mortgage	_____
Mga Utilities	_____
Bayad sa Sasakyan	_____
(mga) Credit Card	_____
Insurance ng Sasakyan	_____
Seguro sa Kalusugan	_____
Ibang Medikal na Gastos	_____
Ibang Gastos	_____
Mayroon ka bang ibang hindi nababayaranang medikal na bayarin? OO HINDI	
Para sa anong serbisyo? _____	
Kung ikaw ay may naayos na plano sa pagbabayad? Ano ang buwanang bayad? _____	

**Para sa Medical Financial Hardship Assistance Eligibility:**

Kita ng Pamilya para sa labindalawang (12) buwan ng kalendaryo bago ang petsa ng aplikasyon na ito: \_\_\_\_\_

Utang sa Medikal na naganap sa Johns Hopkins (hindi kasama ang co-insurance, co-payments, o deductibles) para sa labindalawang (12) buwan ng kalendaryo bago ang petsa ng aplikasyon na ito:

Petsa ng Serbisyo	Halagang Utang
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**Para sa Presumptive Financial Assistance Eligibility:**

1. Ano ang edad ng pasyente? \_\_\_\_\_
2. Ang pasyente ba ay buntis? Oo o Hindi
3. Mayroon bang mga anak ang pasyente na nasa ilalim ng 21 taong gulang na nakatira sa bahay? Oo o Hindi
4. Ang pasyente ba ay bulag o maaaring may kapansanan sa loob ng 12 buwan o higit pa?  
Higit pa mula sa kita sa trabaho? Oo o Hindi
5. Kasalukuyan bang tumatanggap ng SSI o SSDI na benepisyo ang pasyente? Oo o Hindi
6. Mayroon bang kabuuang mga account sa bangko ang pasyente (at, kung kasal, ang asawa) o ari-arian na maaaring i-convert sa cash na hindi lalampas sa mga sumusunod na halaga? Oo o Hindi

**Sukat ng Pamilya:**

Indibidwal: \$2,500.00

Dalawang tao: \$3,000.00

Para sa bawat karagdagang miyembro ng pamilya, magdagdag ng \$100.00

(Halimbawa: Para sa isang pamilya ng apat, kung mayroon kang kabuuang likidong ari-arian na mas mababa sa \$3,200.00, sasagutin mo ng OO.

7. Ang pasyente ba ay residente ng Estado ng Maryland?  
Kung hindi residente ng Maryland, saang estado nakatira ang pasyente? \_\_\_\_\_ Oo o Hindi
8. Walang tirahan ba ang pasyente? Oo o Hindi
9. Sumasali ba ang pasyente sa WIC? Oo o Hindi
10. Mayroon bang mga bata sa sambahayan na nasa libreng o pinababang presyo ng programa ng lunch? Oo o Hindi
11. Sumasali ba ang sambahayan sa programa ng tulong para sa mababang kita sa enerhiya? Oo o Hindi
12. Nakakatanggap ba ang pasyente ng SNAP/Food Stamps? Oo o Hindi
13. Ang pasyente ba ay nakatala sa Healthy Howard, Chase Brexton? Oo o Hindi
14. Nirefer ba ang pasyente sa SH ng Catholic Charities, Mobile Med, Montg Co Cancer Crusade? Primary Care Coalition, Montgomery Cares, Project Access, o Proyecto Salud? Oo o Hindi
15. Mayroon bang kasalukuyang pasyente:  
Medical Assistance Pharmacy Only Oo o Hindi  
QMB/SMLB Oo o Hindi
16. Ang pasyente ba ay may trabaho? Oo o Hindi  
Kung hindi, petsa ng pagkawala ng trabaho. \_\_\_\_\_  
Karapat-dapat sa COBRA health saklaw ng segurong pangkalusugan? Oo o Hindi

Lahat ng dokumentong isinumite ay nagiging bahagi ng aplikasyon na ito.

Kung hihilingin mo na mabigyan ka ng karagdagang tulong pinansyal, maaaring humingi ang JHM ng karagdagang impormasyon upang makagawa ng karagdagang desisyon. Sa pagpirma sa form na ito, pinatutunayan mo na ang impormasyong ibinigay ay totoo at sumasang-ayon kang ipagbigay-alam sa JHM ang anumang pagbabago sa impormasyong ibinigay sa loob ng sampung araw mula sa pagbabago. Lahat ng impormasyong isinumite sa aplikasyon ay totoo at tama ayon sa aking nalalaman, impormasyon, at paniniwala.

\_\_\_\_\_  
Lagda ng Aplikante Petsa

\_\_\_\_\_  
Relasyon sa Pasyente