



500 E. Border Street #130 Arlington, Texas 76010 | 682.236.3000 or 800.890.6034 |
Fax 682.236.4606

THRFinancialAssistance@TexasHealth.org

Petsa / Date: _____ Pangalan ng Garantor / Guarantor Name: _____

Pangalan ng Pasyente / Patient Name: _____ (Mga) Petsa ng Serbisyo / Date(s) of Service: _____

ng Account / Account # _____ # ng Talaang Medikal / Medical Record # _____

Minamahal na Pasyente at/o Garantor-

Nakalakup ang Aplikasyon sa Tulong Pinansyal ng Texas Health Resources. Ang pagkumpleto ng aplikasyong ito ay magbibigay-daan sa amin na ipakita ang iyong account upang isaalang-alang ito para sa tulong pinansyal para sa iyong (mga) bayarin sa ospital, doktor o agarang pangangalaga. Ito ay para lamang sa iyong mga natitirang balanse sa Texas Health Hospital, Texas Health Breeze Urgent Care, o Texas Health Physician Group.

Nauunawaan namin ang iyong pagnanais sa pagkapribado. Dahil dito, maliban kung para sa mga layunin ng beripikasyon, ituturing bilang kumpidensyal na impormasyon ang impormasyong kasama sa iyong aplikasyon. Ibabahagi lamang ito sa loob ng Texas Health Resources kung kailangan itong malaman.

Mangyaring kumpletuhin ang bawat aytem sa aplikasyon. Kung kailangan mo ng karagdagang espasyo para sa anumang pagpapaliwanag, mangyaring gamitin ang likod ng aplikasyon.

Kinakailangan ang katibayan ng kita upang maiproseso ang aplikasyon. Mangyaring tingnan ang mga katanggap-tanggap na dokumento sa ibaba. Ang kabiguan sa pagbibigay sa hinihiling na dokumentasyon ay maaaring magresulta sa pagtangi sa pagsasaalang-alang para sa tulong pinansyal.

Mahalagang kumpletuhin mo ang aplikasyong ito sa oras na matanggap mo ito at ibalik ito sa lalong madaling panahon.

Kung nahihirapan kang kumpletuhin ang aplikasyong ito o may bahaging hindi malinaw, mangyaring makipag-ugnayan sa aming team. Kailangan ang iyong kooperasyon para makumpleto ang iyong aplikasyon.

ANG MGA DOKUMENTONG KINAKAILANGAN BILANG KATIBAYAN NG KITA AY MAGDEDEPENDE SA IYONG KALAGAYANG PINANSYAL.

MAAARING KAILANGANIN ANG ALINMAN O LAHAT NG MGA SUMUSUNOD NA DOKUMENTO UPANG MAPAGPASIYAHAN ANG KINAHIHINATNAN NG IYONG KASO NG TULONG PINANSYAL.

1. Mga Pay stub mula sa lahat ng trabaho – 3 kasalukuyang pay stub para sa bawat trabahong hinawakan.
2. Mga pahayag ng Social Security o pensiyon
3. Dapat magbigay ang nagtatrabaho para sa sarili ng isang personal na pahayag ng buwis mula sa pinakamakailang taon ng kalendaryong na-file at 3 buwan ng mga detalyadong personal na pahayag ng bangko.
 - a. Pahayag ng buwis = Personal 1040 pati ang schedule 1 at anumang ibang mga schedule na tinutukoy sa schedule 1
4. Mga pahayag ng W-2 o 1099 para sa lahat ng trabaho sa loob ng nauugnay na panahon.
5. Mga benepisyo sa kawalan ng trabaho - Mga form na nag-aaprubo o tumatangi sa kabayaran sa kawalan ng trabaho.
6. Katibayan ng kita sa suporta sa anak – Mas ginugusto ang buod ng Attorney General.
7. Katibayan ng mga available na mapagkukunan – mga detalyadong personal na pahayag ng bangko
8. Mga form na nag-aaprubo o tumatangi sa pagiging karapat-dapat sa Medicaid at/o Tulong Medikal na pinopondohan ng estado.
9. Mga nakasulat na pahayag mula sa mga employer o ahensiya ng welfare.
10. Nilagdaang liham ng suporta mula sa partidong tumutugon sa mga pangangailangan ng pagkain at tuluyan.
11. Katibayan ng kita sa Kompensasyon ng Manggagawa
12. Pahayag ng benepisyo sa panandalian o pangmatagalang kapansanan
13. Mga form na nag-aaprubo o tumatangi sa pagiging karapat-dapat sa mga benepisyo ng SNAP.



500 E. Border Street #130 Arlington, Texas 76010 | 682.236.3000 or 800.890.6034 |
 Fax 682.236.4606

THRFinancialAssistance@TexasHealth.org

APLIKASYON PARA SA TULONG PINANSYAL – Pahina 1

Pangalan ng Pasyente / Patient Name:	Apelyido / Last	Pangalan / First	Gitnang Inisyal / MI
<hr/>			
# ng Social Security / Social Security #	Petsa ng Kapanganakan / DOB:	# ng Account / Account #:	
<hr/>			
Kasal / Married	Single / Single	Diborsiyado/a / Divorced	Balo / Widowed
<hr/>			
May mga anak ka ba na menor de edad (mas bata sa 18)? / Do you have minor children (under 18)?		Oo / Yes	Wala / No
Nakatira ba sila kasama mo? / Do they live with you?		Oo / Yes	Hindi / No
Mga anak/legal na inampon mo ba sila? / Are they your birth/legally adopted children?		Oo / Yes	Hindi / No
Nagtrabaho ba ang pasyente? / Patient Employed?		Oo / Yes	Hindi / No
Nagtrabaho ba ang asawa mo? / Spouse Employed?		Oo / Yes	Hindi / No
May medical insurance ka ba? / Do you have medical insurance?		Oo / Yes	Hindi / No
Miyembro ka ba ng isang healthshare/cost sharing plan? / Are you a member of a healthshare/cost sharing plan?		Oo / Yes	Hindi / No
Tumatanggap ka ba ng kita sa kapansanan? Gaano katagal na? / Are you on disability? How long?		Oo / Yes	Hindi / No
Beterano ka ba? / Are you a veteran?		Oo / Yes	Hindi / No

MGA MIYEMBRO NG PAMILYA – (Nakatira sa bahay)

Asawa / Spouse: _____

Anak / Child: _____ Edad / Age: _____

Anak / Child: _____ Edad / Age: _____

Anak / Child: _____ Edad / Age: _____

Anak / Child: _____ Edad / Age: _____

KITA (Buwanang Halaga):

	<u>Gross / Gross</u>	<u>Neto / Net</u>	<u>Mga Gastos / Expenses</u>	<u>Buwanang Halaga / Monthly Amount</u>
Pasyente / Patient	\$ _____	\$ _____	Mortgage/Upa / Mortgage/Rent	\$ _____
Asawa / Spouse	\$ _____	\$ _____	Mga Utilidad / Utilities	\$ _____
Mga Dependent / Dependents	\$ _____	\$ _____	Mga Bayad sa Kotse / Car Payments	\$ _____
Tulong ng Pamahalaan / Public Assistance	\$ _____	\$ _____	Pagkain / Mga Pamili sa Groseri / Food / Groceries	\$ _____
Mga Food Stamp / Food Stamps	\$ _____	\$ _____	Mga Credit Card / Credit Cards	\$ _____
Social Security / Social Security	\$ _____	\$ _____	Iba Pa / Other (mangyaring tukuyin / please specify)	\$ _____
Kawalan ng trabaho / Unemployment	\$ _____	\$ _____		\$ _____
Mga Benepisyo sa Pagwewelga / Strike Benefits	\$ _____	\$ _____		
Kompensasyon ng Manggagawa / Worker's Compensation	\$ _____	\$ _____	KABUUAN / TOTAL	\$ _____
Alimonya / Alimony	\$ _____	\$ _____		
Suporta sa Anak / Child Support	\$ _____	\$ _____		
Mga Natatanggap sa Militar / Military Allotments	\$ _____	\$ _____		
Pensiyon / Pensions	\$ _____	\$ _____		



500 E. Border Street #130 Arlington, Texas 76010 | 682.236.3000 or 800.890.6034 |
Fax 682.236.4606

THRFinancialAssistance@TexasHealth.org

Kita mula sa: CD / Upa, Mga	_____	_____
Dibidendo / Patubo /		
<i>Income from: CD's, Rent,</i>		
<i>Dividends, Interest</i>	\$ _____	\$ _____
KABUUAN / TOTAL	\$ _____	\$ _____

MGA ASSET

Checking Account / <i>Checking Account</i>	\$ _____
Savings Account / <i>Savings Account</i>	\$ _____
Mga CD, IRA / <i>CD's, IRA's</i>	\$ _____
Ibang Mga Pamumuhunan (Mga sapi, bono, atbp.) / <i>Other Investments (Stocks, bonds, etc.)</i>	\$ _____
Mga Ari-arian/Lupa maliban sa pangunahing tirahan / <i>Properties/Land other than primary residence</i>	\$ _____



500 E. Border Street #130 Arlington, Texas 76010 | 682.236.3000 or 800.890.6034 |
Fax 682.236.4606

THRFinancialAssistance@TexasHealth.org

APLIKASYON PARA SA TULONG PINANSYAL – Pahina 2

Pangalan ng Employer / <i>Name of Employer</i>	_____	Employer ng Asawa / <i>Spouse's Employer:</i>	_____
# ng Telepono / <i>Telephone #</i>	_____	# ng Telepono / <i>Telephone #</i>	_____
Address ng Employer / <i>Employer Address</i>	_____	Address ng Employer / <i>Employer Address</i>	_____
Hanapbuhay / <i>Occupation</i>	_____	Hanapbuhay / <i>Occupation</i>	_____

Kasalukuyan ka bang nag-a-apply para sa mga Benepisyo ng Medicaid? / <i>Are you currently applying for Medicaid Benefits?</i>	_____	Oo / Yes	_____	Hindi / No
Nag-apply ka ba para sa tulong sa pamamagitan ng programa ng iyong hospital sa county/mahihirap? / <i>Have you applied for assistance thru your county hospital/indigent program?</i>	_____	Oo / Yes	_____	Hindi / No
Ido-donate ba ng iyong doktor ang kanyang mga serbisyo? / <i>Is your physician donating his/her services?</i>	_____	Oo / Yes	_____	Hindi / No
Mayroon bang anumang ikatlong partido na maaaring managot para sa iyong aksidente/pinsala/sakit? / <i>Are there any potentially liable third-parties responsible for your accident/injury/illness?</i>	_____	Oo / Yes	_____	Hindi / No
May tumutulong ba sa iyo sa pagbabayad ng iyong mga medikal na bayarin sa Texas Health? / <i>Is anyone assisting you with payment of your Texas Health medical bills?</i>	_____	Oo / Yes	_____	Hindi / No
Sino ang tumutulong sa iyo? / <i>Who is assisting you?</i>	_____			
Gaano kalaki ang tulong na natatanggap mo? / <i>How much assistance are you receiving?</i>	_____			

Ilista ang anumang ibang impormasyon na sa tingin mo ay makakatulong sa aming pagpasiyahan ang iyong pagiging karapat-dapat sa tulong sa pagbababayad ng iyong mga medikal na bayarin sa Texas Health /
List any other information you feel would be helpful to us in determining your eligibility for assistance in paying your Texas Health medical bills.

Mga inaasahang kita at/o pondo na matatanggap mo habang hindi ka nagtatrabaho dahil sa iyong sakit /
Expected earnings and/or funds you will receive during your time off due to your illness.
(Sick leave, may bayad na oras ng pahinga, kita sa panandalian/pangmatagalang kapansanan /
Sick leave, paid time off, short/long term disability income). \$ _____

Inaasahang haba ng panahon na hindi ka makakapagtrabaho at/o kikita ng sahod /
Expected length of time you will be unable to work and/or earn wages: _____

Nauunawaan ko na maaaring beripikahin ng Texas Health Resources ang impormasyong pinansyal na nilalaman ng aplikasyong ito bilang kaugnay ng pagsusuri ng aplikasyong ito, at sa pamamagitan nito ay inaawtorisahan ko ang Texas Health na makipag-ugnayan sa aking employer upang patunayan ang impormasyong ibinigay at upang humiling ng mga ulat mula sa mga ahensiya ng pag-uulat ng kredito. Alam ko na gagamitin ang impormasyong ito upang pagpasiyahan ang aking pagiging karapat-dapat para sa tulong pinansyal at ang paghuhuwad ng impormasyon sa aplikasyong ito ay maaaring magresulta sa pagtanggap sa Tulong Pinansyal. Nauunawaan ko rin na ang anumang pag-apruba sa Tulong Pinansyal ay maaaring ganap o bahagyang baligtarin sa kaganapan ng isang pagbawi mula sa isang ikatlong partido o ibang pinagmulan.

[Pananagutan ng Ikatlong Partido lamang] Nauunawaan ko rin na ang anumang pangangalaga sa Tulong Pinansyal na matatanggap ko ay hindi dapat ituring bilang isang pagpapaubaya ng ospital ng lien nito para sa anumang pagsasauli ng anumang halagang utang ko at ang anumang pagsasauling matatanggap ko na nauugnay sa pagpapaospital na ito ay dapat ipadala sa Texas Health Resources.

Lagda ng Taong Gumagawa ng Kahilingan, Kung Pasyente /
Signature of Person Making Request, If Patient

Petsa / *Date*

Lagda ng Taong Gumagawa ng Kahilingan, Kung Hindi Pasyente /
Signature of Person Making Request, If Not Patient

Relasyon / *Relationship*

Address ng Pasyente / Lungsod Estado ZIP County
Patient's Address City State ZIP County

Numero ng Telepono sa Bahay /
Home Telephone Number