

KOMPIDENSYAL NA APLIKASYON PARA SA PINANSIYAL NA TULONG

Para sa mga serbisyong Ospital at Propesyonal na ibinigay ng mga pasilidad at manggagamot ng Loyola Medicine



**LOYOLA
MEDICINE**

Salamat sa iyong pagpili sa Loyola Medicine bilang iyong tagapagbigay ng serbisyong pangkalusugan. Mangyaring kumpletuhin ang nakalakip na aplikasyon at isauli sa address sa ibaba para makumpleto ang evaluation ng iyong pinansiyal na tulong.

Mangyaring makipag-ugnayan sa aming Customer Service Center sa 708-216-5014 option #5 Lunes hanggang Biyernes sa pagitan ng 8:00 am -5:00 pm CST kung mayroon kang mga tanong sa application o tungkol sa katayuan ng iyong aplikasyon.

Mail: Loyola University Health System, Patient Financial Services Department
Two Westbrook Corporate Center, 6th Floor Westchester, Illinois 60154

Fax #: 708-216-5359 **Email address:** LOY-FinancialAssist@lumc.edu

Kung nais mong makipagkita sa isang Benefit Advocate nang personal o i drop off ang iyong aplikasyon, mangyaring bisitahin ang:

Loyola University Medical Center 2160 South 1st Ave Suite/Room 1911 Maywood, IL 60153	Gottlieb Memorial Hospital 701 W. North Ave Door 4 Entrance Melrose Park, IL 60171	MacNeal Hospital 3249 S Oak Park Avenue Berwyn, IL 60402 1st Floor
--	---	---

KOMPIDENSYAL NA APLIKASYON PARA SA PINANSIYAL NA TULONG

Para sa mga serbisyong Ospital at Propesyonal na ibinigay ng mga pasilidad at manggagamot ng Loyola Medicine

Mga Kailangang Beripikasyon			
<input type="checkbox"/> Nakaraang Isang buwan na Katibayan ng Kabuuang Kita <input type="checkbox"/> Nakaraang Dalawang buwan na Kumpletong Mga Pahayag ng Bangko para sa lahat ng mga kuwenta sa bangko, kung saan kasama ang lahat ng mga pahina (pagpapaliwanag sa mga umuulit na pagdeposito) <input type="checkbox"/> Pinakahuling Pagbabalik ng Buwis (1040 form na may Iskedyul C, E o F) o Tatlong Buwan na Pahayag ng Kita at Lugi (para sa mga may sariling hanap-buhay/umaasa)			
Ipagkaloob ang mga sumusunod, kung naaangkop <input type="checkbox"/> Kamakailang W2 para sa Pana-panahong Kita <input type="checkbox"/> Sulat ng Benepisyo/Pagtanggi ng Kawalan ng Trabaho <input type="checkbox"/> Suporta sa Bata/Alimony <input type="checkbox"/> Walang kita – Kumpletuhin ang Sulat ng Pinansiyal na Suporta (Letter of Financial Support) na parte ng aplikasyon			
Impormasyon tungkol sa Pasyente			
Pangalan ng Pasyente		Petsa ng Kapanganakan	
Numero ng Seguridad Panlipunan/EIN (opsyonal)	Selpon	Iba pang Telepono	
Adres ng Pagsusulatan	Lungsod	Estado	Kodigong ZIP
Adres ng Email	Saang estado ka residente?		
Katayuang Mag-asawa <input type="checkbox"/> Walang Asawa <input type="checkbox"/> Kasal <input type="checkbox"/> Diborsyado <input type="checkbox"/> Iba pa _____			
Ikaw ba ay nagsusumite ng Pederal na Pagbabalik ng Buwis? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi Kung hindi, bakit?		Maaari ka bang ma-claim bilang isang umaasa sa pagbabalik ng buwis ng ibang tao? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi	
Ikaw ba o ang iyong mga umaasa ay may saklaw ng seguro sa kalusugan sa oras na napagkaloob ang serbisyo? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Wala (Magbigay ng kopya ng kard ng seguro)			
Ikaw ba ay may mga legal na dokumentong residente ng Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Wala <input type="checkbox"/> Mas Pinipiling Hindi Sumagot			
Ang mga Miyembro ng Sambahayan, kasama na ang iyong sarili batay sa iyong pinakahuling Mga Pagbabalik ng Buwis	Petsa ng Kapanganakan	Relasyon sa Pasyente	Na-claim sa Pagbabalik ng Buwis (Oo/Hindi)

KOMPIDENSIAL NA APLIKASYON PARA SA PINANSIYAL NA TULONG

Para sa mga serbisyong Ospital at Propesyonal na ibinigay ng mga pasilidad at manggagamot ng Loyola Medicine

Beripikasyon ng Kita para sa lahat ng mga miyembro ng sambahayan					
Buwanang Pinagkukuhanan ng Kita	Sino ang nakakatanggap nito?	Kabuuang Buwanang Kita (bago bawasan ng buwis)	Buwanang Pinagkukuhanan ng Kita	Sino ang nakakatanggap nito?	Kabuuang Buwanang Kita (bago bawasan ng buwis)
Sahod			Pabuya ng Manggagawa		
Seguridad Panlipunan/Kapansanang			Kawalan ng Trabaho		
Pensyon			Suporta sa Bata		
Sariling Negosyo			Kita mula sa _____		
Pamublikong Tulong			Iba pa		
Sulat ng Pinansiyal na Suporta - Dapat lang makumpleto ng taong nagbibigay ng suporta					
<input type="checkbox"/> Ako ay nagkaloob ng higit sa 50% suporta para sa mga gastusin sa pamumuhay ng pasyente, pero hindi ako makatulong sa mga medikal na gastusin.					
<input type="checkbox"/> Sa pamamagitan ng paglalagda sa sulat na ito, aking pinatotohanan na ang nakasaad sa itaas na pahayag ay tama at sa walang anumang paraan ako magkakaroon ng pananagutan sa mga singilin ng pasyente. Kung mayroon kang mga tanong, mangyari lang makipag-ugnayan sa akin sa _____ (Numero ng Telepono)					
Pangalan ng taong nagbibigay ng suporta			Relasyon sa Pasyente		
Lagda ng taong nagbibigay ng suporta			Petsa		

BERIPIKASYON NG KITA AT PAGKAKAKILANLAN

Aking pinatotohanan na ang impormasyong nakalista sa aplikasyon na ito ay totoo at kumpleto sa lubusan ng aking kaalaman. Aking nauunawaan na ang impormasyong ipinagkaloob ay sumasailalim sa beripikasyon. Ako ay mananagot sa pagbabayad pabalik ng anumang mga serbisyong ipinagkaloob sa mga kaanib ng Trinity Health kung ang impormasyong nakasaad sa itaas ay ipinagkaloob sa hindi totoong paraan.

Lagda ng Pasyente : _____ Petsa : _____

O Lagda ng Legal na Tagapag-alaga (Kung Naaangkop) : _____ Petsa : _____

Relasyon sa Pasyente : _____ Petsa : _____

Mangyaring ipadala sa koreo ang iyong aplikasyon, mag-fax sa 708-216-5359 o mag-e-mail LOY-FinancialAssist@LUMC.EDU Kung mayroon kang anumang mga katanungan, mangyaring kontakin ang aming Customer Service Center sa 708-216-5014 Option #5 Lunes hanggang Biyernes 8 a.m. - 5 p.m. CST

Kung ang iyong mga serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan ay natanggap sa estado ng Illinois, ang mga alalahanin o reklamo sa proseso ng aplikasyon ng tulong pinansyal o hindi nakaseguro na diskwento ay maaaring iulat sa Healthcare Bureau ng Illinois Attorney General 1-877-305-5145 / <https://illinoisattorneygeneral.gov/consumers/hcform.pdf>