

Mayroong iba't ibang available na opsyon ang Ospital at Mga Klinika ng Stanford (Stanford Hospital & Clinics) para sa mga pasyenteng walang insurance o may hindi sapat na insurance.

## Kasama sa aming mga opsyon sa tulong pinansyal ang:

### Hindi Kailangan ng Aplikasyon

- **Mga Diskwento para sa Walang Insurance**

Maaaring hindi kasama ang ilang serbisyo.

- **Mga Plano sa Pagbabayad na Walang Interes**

Karaniwang binabayaran ang mga balanse sa loob ng 6 na buwan.

### Kailangan ng Aplikasyon

- **Mga Diskwento sa Pangangailangang Pinansyal**

Diskwentong may rate na maihahambing sa mga gobyernong nagbabayad sa amin. Maaaring hindi kasama ang ilang serbisyo.

- **Tulong Pinansyal para sa Kabuuang Halaga**

100% ng dapat bayarang porsyon ng pasyente. Maaaring hindi kasama ang ilang serbisyo.

- **Extended na Mga Plano sa Pagbabayad na Walang Interes**

Available sa mga pasyenteng kwalipikado para sa mga diskwento sa pangangailangang pinansyal.

Dapat makapagsumite ng kumpletong aplikasyon para sa tulong pinansyal at patunay ng kita (proof of income) upang makapagsaalang-alang kami ng diskwento sa pangangailangang pinansyal at/o tulong pinansyal para sa kabuuang halaga. Kapag natanggap na namin ang iyong nakumpletong aplikasyon, maaari na naming tasahin kung kwalipikado ka o hindi para sa mga programa ng estado o county. Kung mapag-alaman ng pagtatasang iyon na hindi ka kwalipikado para sa mga programang ito, susuriin namin ang iyong aplikasyon para sa tulong pinansyal upang malaman kung kwalipikado ka para sa isang

diskwento sa pangangailangang pinansyal o tulong pinansyal para sa kabuuang halaga. Maaaring makatanggap ng tulong ang mga kwalipikado sa kanilang mga bill sa ospital para sa mga serbisyong ibinibigay sa Stanford Hospital at mga bill sa doktor para sa mga doktor na nagtatrabaho sa Stanford University.

Hindi available para sa lahat ng serbisyo ang pagbibigay ng diskwento sa pangangailangan pinansyal at tulong pinansyal para sa kabuuang halaga. Ibabatay ang pagsasaalang-alang para sa mga serbisyo sa hinaharap sa mga gastusin para sa kinakailangang paggamot at malalang paggamot.

Sa pagsasaalang-alang sa tulong pinansyal, ang una naming prioridad ay ang makatulong sa mga nabigyan ng mga serbisyong pang-emergency. Sunod ay ang tulongan iyong mga nabigyan o mabibigyan ng mga serbisyong hindi pang-emergency ngunit kinakailangan sa paggamot, na nasa alinman sa sumusunod na dalawang kategorya:

#### A. **Kategorya 1**

Ang Stanford Hospital & Clinics ay ang pinakamalapit na ospital sa bahay o lugar na pinagtatrabahuhan ng pasyente; o

#### B. **Kategorya 2**

Ang Stanford Hospital & Clinics ay ang pinakamalapit na ospital sa bahay o lugar na pinagtatrabahuhan ng pasyente ngunit nalalapat ang isa o mahigit pa sa mga sumusunod na salik:

- Mayroong natatangi o di-karaniwang kundisyon ang pasyente na nangangailangan ng paggamot sa Stanford Hospital & Clinics ayon sa napagpasyahan ng Chief Quality and Medical Information Officer ng SHC.
- Ang pangangalaga sa pasyente ay magsusulong sa misyong magturo ng mga institusyon ayon sa napagpasyahan ng Chief Quality and Chief Medical Officer ng SHC.

## Mahalagang Impormasyong Kinakailangang Kasama sa Aplikasyon

### Proof of Income (POI)

Pakibigay ang sumusunod na impormasyon o isang paliwanag sa kung bakit hindi available ang impormasyon. Maaaring maantala ng nawawalang dokumentasyon ang pagpoproseso sa iyong aplikasyon at maaaring magresulta sa pagtanggap mabigyan ng tulong.

*Nasa ibaba ang isang listahan ng dokumentasyon sa POI na kailangan para sa pagsasaalang-alang sa SHC Financial Assistance.*

Uri ng Kita	Kinakailangang dokumentasyon
Kita sa Pagtatrabaho	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kopya ng Individual tax return (Form 1040) para sa kasalukuyang taon ng pagbubuwis</li> <li>• Kopya ng dalawang pinakabagong paystub</li> </ul>
Self-Employment	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kopya ng Individual tax return (Form 1040) para sa kasalukuyang taon ng pagbubuwis</li> </ul>
Social Security/ Retirement	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kopya ng Individual tax return (Form 1040) para sa kasalukuyang taon ng pagbubuwis</li> <li>• Kopya ng Liham-Parangal (Award Letter) mula sa Social Security Administration na nagsasaad sa buwang pagbabayad</li> <li>• Kopya ng abiso ng buwang pagbabayad mula sa Social Security Administration</li> </ul>
Kapansanan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kopya ng Individual tax return (Form 1040) para sa kasalukuyang taon ng pagbubuwis</li> <li>• Kopya ng Award Letter mula sa kapansanan na nagsasaad sa buwang pagbabayad para sa kapansanan</li> <li>• Kopya ng abiso ng buwang pagbabayad mula sa kapansanan</li> </ul>
Kawalan ng Trabaho	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kopya ng Individual tax return (Form 1040) para sa kasalukuyang taon ng pagbubuwis</li> <li>• Kopya ng Award Letter mula sa kawalan ng trabaho na nagsasaad sa lingguhan o buwang halaga ng benepisyo</li> <li>• Kopya ng abiso ng buwang pagbabayad mula sa kawalan ng trabaho</li> </ul>
Suporta sa Asawa/ Anak	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kopya ng Individual tax return (Form 1040) para sa kasalukuyang taon ng pagbubuwis</li> <li>• Kopya ng liham na nagsasaad sa buwang halaga ng naibibigay</li> </ul>
Pinapaupahang Property	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kopya ng Individual tax return (Form 1040) para sa kasalukuyang taon ng pagbubuwis</li> </ul>
Kita sa Pamumuhunan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kopya ng Individual tax return (Form 1040) para sa kasalukuyang taon ng pagbubuwis</li> </ul>
Patunay ng Pagkakaroon ng Mga Dependent (Proof of Dependents)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kopya ng Individual tax return (Form 1040) para sa kasalukuyang taon ng pagbubuwis</li> </ul>

*Gagawin ang bawat makatwirang pagsusumikap upang maproseso ang iyong aplikasyon nang maagap at kapag nasuri na ang iyong aplikasyon, makakatanggap ka ng liham na magkukumpirma sa resulta. Maaaring ipadala sa koreo ang nakumpletong mga aplikasyon kasama ang kinakailangang pansuportang dokumentasyon sa address na nakalista sa ibaba:*

**Stanford Children's Health**  
**Attention: Patient Financial Assistance**  
4700 Bohannon Dr, Menlo Park, CA 94025  
Applications and documentation may also be  
faxed to: **(650) 497-8610** or may also be  
emailed to: **[PFA@stanfordchildrens.org](mailto:PFA@stanfordchildrens.org)**

## Paki-print ang lahat ng impormasyon

Petsa ng aplikasyon: \_\_\_\_\_

### 1. IMPORMASYON NG PAMILYA | pakibigay ang mga pangalan ng lahat ng taong isasaalang-alang para sa tulong pinansyal

Apelyido	Pangalan	Middle initial	Medical record number	Petsa ng Kapanganakan (mm/dd/yyyy)
Apelyido	Pangalan	Middle initial	Medical record number	Petsa ng Kapanganakan (mm/dd/yyyy)
Apelyido	Pangalan	Middle initial	Medical record number	Petsa ng Kapanganakan (mm/dd/yyyy)

Kung isang menor-de-edad ang pasyente, pakilista ang (mga) magulang/(mga) tagapangalaga bilang aplikante at kasamang aplikante (co-applicant).

### 2. IMPORMASYON NG APLIKANTE (GUARANTOR)

Ugnayan sa pasyente			Marital status		
<input type="checkbox"/> Sarili <input type="checkbox"/> Asawa/Domestic Partner <input type="checkbox"/> Magulang <input type="checkbox"/> Iba Pa			<input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Married/Domestic Partner <input type="checkbox"/> Divorced <input type="checkbox"/> Hiwalay		
Apelyido	Pangalan	Middle initial	Mamamayan ng U.S		
			<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi		
Petsa ng Kapanganakan (mm/dd/yyyy)	Bilang ng mga dependent (bukod pa sa sarili at co-applicant)	Mga edad ng mga dependent	Telepono sa bahay (xxx) xxx-xxxx	Cell phone (xxx) xxx-xxxx	
Address ng Kalye (Huw ag Ilista ang PO Box)		Lungsod	Estado	County	Zip
Kasal ukuyang Employer		Address ng Kalye, Lungsod, Estado		Posisyon	
* Kung hindi ka nagtat rabaho, gaano ka na katagal na wala ng trabaho?					

Kung minarkahan mo **ng oo** ang **married** o **domestic partner**, pakikumpleto ang seksyon 3.

### 3. IMPORMASYON NG CO-APPLICANT (GUARANTOR)

Ugnayan sa pasyente				
<input type="checkbox"/> Asawa/Domestic Partner <input type="checkbox"/> Magulang <input type="checkbox"/> Iba Pa _____				
Apelyido		Pangalan		Middle initial
Mamamayan ng U.S <input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi				
Petsa ng Kapanganakan (mm/dd/yyyy)	Bilang ng mga dependent (bukod pa sa sarili at co-applicant)	Mga edad ng mga dependent	Telepono sa bahay (xxx) xxx-xxxx	Cell phone (xxx) xxx-xxxx
Address ng Kalye (Huw ag Ilista ang PO Box)		Lungsod	Estado	County
Zip				
Kasal ukuyang Employer	Address ng Kalye, Lungsod, Estado			Posisyon
* Kung hindi ka nagtat rabaho, gaano ka na katagal na wala ng trabaho?				

### 4. IBA PANG MGA TANONG TUNGKOL SA COVERAGE | Patungkol sa pasyente ang lahat ng sagot

Lagyan ng check ang naaangkop na sagot

1.	Is the patient applying for assistance with bills for: Past services: (Indicate dates: _____ ) Future services: (Indicate dates: _____ )	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi
2.	Mayroon bang insurance para sa kalusugan ang pasyente? Kung <b>oo</b> , pakibigay ang sumusunod na impormasyon: Pangalan ng Insurance para sa Kalusugan: _____ Pangalan ng Mga Subscriber: _____ Identification Number ng Miyembro/Pasyente: Numero ng Grupo: _____ Pangalan ng Grupo/Employer: Petsa ng Pagkabisa: _____ Numero ng Telepono ng Insurance para sa Kalusugan: _____	<input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi

(continued next page)

**4. IBA PANG MGA TANONG TUNGKOL SA COVERAGE** | Patungkol sa pasyente  
ang lahat ng sagot (*continued*)

Lagyan ng check ang  
naaangkop na sagot

<p>3. Angkop ba ang pasyente para sa isang programa sa tulong medikal ng estado? Kung <b>oo</b>, pakibigay ang sumusunod na impormasyon: Pangalan ng programa: _____ County: _____ Identification Number ng Pasyente: _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi</p>
<p>4. Ginagamot ba ang pasyente para sa mga pinsalang sakop ng Pasahod sa Mga Manggagawa (Workers Compensation)? Kung <b>oo</b>, pakibigay ang sumusunod na impormasyon: Pangalan ng Work Comp Carrier: _____ Pangalan ng Adjuster: _____ Numero ng Telepono ng Adjuster: _____ Petsa kung kailan Napinsala: _____ Claim/Case Number: _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi</p>
<p>5. Ginagamot ba ang pasyente para sa mga pinsalang sakop ng Sagutin ng Third Party (Third Party Liability), gaya ng Kumpanya ng Insurance para sa Sasakyan (Auto Insurance Company)? Kung <b>oo</b>, pakibigay ang sumusunod na impormasyon: Pangalan ng Auto Insurance o Abugado: _____ Numero ng Telepono ng Auto Insurance o Abugado: _____ Petsa kung kailan Napinsala: _____ Claim/Case Number: _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi</p>
<p>6. Isa bang Biktima ng Krimen ang pasyente? Kung <b>oo</b>, pakibigay ang sumusunod na impormasyon: Petsa kung kailan napinsala: _____ Pangalan ng Nagtatrabaho sa Kaso (Case Worker): _____ Numero ng Telepono ng Case Worker: _____ Case Number: _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Oo <input type="checkbox"/> Hindi</p>

## 5. IMPORMASYON NG KITA

Mga Pinagmumulan ng Buwanang Kita	Aplikante	Co-Applicant	Pinagsamang Buwanang Kita (Aplikante + Co-Applicant)
Kita sa Pagtatrabaho	\$	\$	\$
Social Security	\$	\$	\$
Kapansanan	\$	\$	\$
Kawalan ng Trabaho	\$	\$	\$
Suporta sa Asawa/Anak	\$	\$	\$
Pinapaupahang Property	\$	\$	\$
Kita sa Pamumuhunan	\$	\$	\$
Iba pa gamitin ang mga puwang na ito	\$	\$	\$
Kabuuang Pinagsamang Buwanang Kita			\$

## 6. KUNG WALA KANG BUWANANG KITA, PAKIPALIWANAG KUNG PAANO MO NATUTUGUNAN ANG IYONG MGA BUWANANG GASTOS. Gumamit ng mga karagdagang pahina kung kailangan

## 7. SIGNATURE

*Pinapatunayan ko na wasto at kumpleto ang lahat ng impormasyon at nagbibigay-pahintulot ako sa Stanford Hospital & Clinics na hilingin at/o i-verify ang alinman sa impormasyon sa itaas kung kinakailangan.*

Aplikante

Petsa

Co-Applicant

Petsa

**Ibalik ang nakumpletong aplikasyon sa:**

**SCH Patient Financial Assistance**

4700 Bohannon Dr  
Menlo Park, CA 94025

**Or email to:**

[PFA@stanfordchildrens.org](mailto:PFA@stanfordchildrens.org)

**Or fax to:**

Fax: (650) 497-8610