



ng pamilya.

# APLIKASYON PARA SA PAGLAHOK (Pagpapatuloy)

## SEKSYON III - Income Criteria

Kapag tinitiyak ang eligibility para sa tulong sa pangangalaga sa ospital, dapat gamitin ang kita at assets ng asawa para sa isang adult; ang kita at assets ng (mga) magulang ay dapat gamitin para sa isang menor-de-edad na bata. Dapat isama sa aplikasyon na ito ang katunayan ng kita.

Ang kita ay batay sa kalkulasyon ng alinman sa labing-dalawang buwan, tatlong buwan, o isang buwan ng kita bago ng petsa ng serbisyo. Ang Gross Income ng Pasyente/Pamilya ay katumbas ng mas mababâ sa sumusunod:

HULING 12 BUWAN

o kaya

HULING 3 BUWAN X 4

o kaya

HULING 1 BUWAN X 12

**16. SAAN NANGGALING ANG KITA**

	LINGGUHAN	BUWANAN	TAUN-TAON
A. Suweldo/Sahod Bago Kaltasan _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Public Assistance _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Social Security Benefits _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Unemployment at Workmen's Compensation _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Veteran's Benefits _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Alimony/Child Support _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G. Iba pang Financial Assistance (Tulong sa Pananalapi) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H. Mga Bayad sa Pensyon _____	<input type="checkbox"/>		
I. Insurance o Annuity Payments _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J. Dividends/Interest _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K. Kita Mula sa Pagpapa-upa _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L. Net Business Income (self employed/tiniyak ng isang pangatlong partido) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M. Iba pa (strike benefits, training stipends, military family allotment, kita mula sa estates at trusts) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N. Total _____	<input type="checkbox"/>		

## SEKSYON IV - Sertipikasyon Sa Pamamagitan ng Aplikasyon

Nauunawaan ko na ang impormasyon na aking ipapadala ay magdaraan sa proseso ng pagpapatunay ng angkop na health care facility at ng mga Pederal o Estadong Pamahalaan. Kapag may sinadyang pagpanggap sa mga katotohanang ito, ako ang mananagot para sa lahat ng singil ng ospital at ako'y mapapailalim sa mga sibil na multa.

Kung hiniling ng health care facility, ako'y mag-aaplay para sa tulong mula sa pamahalaan o pribadong medikal para bayaran ang singil ng ospital.

Pinapatunayan ko na ang impormasyong ibinigay sa itaas hinggil sa kalakihan ng aking pamilya, kita, at assets ay tama at wasto.

Nauunawaan ko na pananagutan kong sabihan ang ospital kung may anumang pagbabago sa aking kita o assets.

17. PIRMA NG PASYENTE O GUARANTOR (TAGAPAGBIGAY NG GARANTIYA)

18. PETA