SSMHealth
Rehabilitation Network

Pormularyo ng Aplikasyon para sa Tulong Pinansyal

BAHAGI ISA: IMPORMASYON NG PASYENTE

Isulat ang iyong buong pangalan, iyong address sa panahong natanggap mo ang medikal na serbisyo at ibang impormasyong nakasaad sa bahaging ito.

Numero ng Account _____ (Mga) Petsa ng Serbisyo _____

Pangalan ng Pasyente: _____

APELYIDO PANGALAN GITNANG INISYAL

Address: _____ Lungsod: _____ Bansa: _____

NUMERO AT KALYE

Estado ng Paninirahan: _____ Zip Code: _____ Petsa ng Kapanganakan: ____/___/ ____ Katayuan sa Kasal: ☐ Walang Asawa ☐ Kasal ☐ Diborsyado

Pangunahing Numero sa Telepono: (_____) _____ ☐ Bahay ☐ Mobile ☐ Trabaho ☐ Iba pa _____

Email Address:

_____

Segurong pangkalusugan sa panahon ng petsa ng serbisyo ☐ Walang seguro ☐ Medicare ☐ Medicaid ☐ Iba pa_____

BAHAGI DALAWA: KITA NG PAMILYA AT MGA ARI-ARIAN

Magbigay ng kita para sa iyong sarili, iyong asawa at lahat ng iba pang mga miyembro ng pamilya (kung naaangkop).

Pinagmumulan ng Kita	Kabuuan para sa 3 Buwan Bago ang Serbisyo	Kabuuan para sa 12 Buwan Bago ang Serbisyo
Sahod/Sariling Pagtatrabaho	$	$
Segurong Panlipunan	$	$
Mga Pensyon, Dibidendo, Interes, Kita sa Paupahan	$	$
Walang Trabaho, Kabayaran sa mga Manggagawa	$	$
Suporta sa Bata (kung ang pasyente ang nilalayong tatanggap)	$	$
Iba pa	$	$

Kabuuang Net na mga Ari-arian (Mga Ari-arian – Utang) sa Petsa ng Aplikasyon: $_____

BAHAGI TATLO: IMPORMASYON AT KITA NG PAMILYA

Ilista ang lahat ng mga miyembro ng pamilya sa iyong sambahayan at kanilang petsa ng kapanganakan.

Mangyaring ibigay ang sumusunod na impormasyon para sa lahat ng mga tao sa iyong malapit na pamilya na nakatira sa iyong bahay. Para sa mga layunin ng HCAP, ang pamilya ay tinutukoy bilang ang pasyente, ang asawa ng pasyente, at lahat ng mga anak ng pasyente na wala pang 18 taong gulang (natural o ampon) na nakatira sa bahay ng pasyente. Kung ang pasyente ay wala pang 18 taong gulang, kabilang sa pamilya ang pasyente, ang natural o umampong (mga) magulang, at ang (mga) batang wala pang 18 taong gulang (natural o ampon) na nakatira sa bahay ng pasyente.

Pangalan ng mga miyembro ng pamilya, kabilang ang pasyente Petsa ng Kapanganakan Ugnayan sa Pasyente

1. Pasyente
2.
3.
4.
5.
6.

Sa pagpirma ko sa ibaba, pinapatunayan ko na lahat ng isinaad ko sa aplikasyong ito at sa anumang mga nakalakip ay totoo.

Pirma ng Responsableng Partido x _____ Petsa: _____

Sa pagpirma ko sa ibaba, pinapatunayan ko na nirepaso at inaprubahan ko ang aplikasyong ito.

Pirma ng CEO ng Ospital: x _____ Petsa: _____

Ibalik ang iyong nakumpletong aplikasyon sa: **SSM Rehabilitation Network**

12380 DePaul Drive Bridgeton, MO 63044 (314)447-9700