

PANANALAPI



**Johns Hopkins Medicine  
Aplikasyon Para sa Pinansyal na Tulong**

**Mga form na isasama:**

Aplikasyon Para sa Pinansyal na Tulong (kasama)

**Mga dokumentong isasama:**

1. Kopya ng mga tax return sa nakaraang taon. (Kung may-asawa at nag-file nang hiwalay, magbigay ng kopya ng dalawang return).
2. Kopya ng iyong huling tatlong (3) pay stub, liham mula sa employer o patunay ng katayuan sa trabaho.
3. Kopya ng kasalukuyang taon na Social Security award (kung naaangkop).
4. Kopya ng liham ng pasya mula sa Medical Assistance o Social Security.
5. Patunay ng buwanang gastusin sa pang-araw-araw na nakatala sa iyong aplikasyon, tulad ng mga kopya ng bill sa telepono, mga utility bill, o mga bayad sa renta/mortgage.
6. Mga kopya ng di-nabayarang medikal na gastusin.
7. Kopya ng lahat ng medical insurance card.
8. Patunay ng paninirahan tulad ng card ng identipikasyon, lisensya sa pagmamaneho, sertipiko ng kapanganakan o legal na katayuan bilang permanenteng residente (green card).
9. Kung naaangkop, nakumpletong tax return ng mga self-employed na pasyente (kabilang ang kita at lugi).
10. Kung naaangkop, notaryadong liham ng suporta dahil sa kawalan ng kita na sinulat ng taong nagbibigay ng pinansyal na suporta.

**MAILING ADDRESS:**

Johns Hopkins Hospital  
3910 Keswick Road, Suite S-5100  
ATTN: Financial Assistance Liaison  
Baltimore, MD 21211

**EMAIL:** [FinancialAssistance@jhmi.edu](mailto:FinancialAssistance@jhmi.edu)

**TELEPONO:** 443-997-3067

**FAX:** 443-769-1250

PANANALAPI



**JOHNS HOPKINS  
MEDICINE**

**Aplikasyon Para sa  
Pinansyal na Tulong**

*Impormasyon Tungkol Sa Iyo*

Pangalan:

Unang Pangalan

Gitnang Pangalan

Apelyido

Social Security Number

- -

Marital Status: Walang Asawa

May Asawa Hiwalay US Citizen

OO

HINDI

Permanenteng Residente:

OO

HINDI

Address ng Bahay:

Telepono

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Lungsod Estado

\_\_\_\_\_  
Zip Bansa

Pangalan ng Employer:

Telepono

Address ng

Trabaho:

\_\_\_\_\_  
Lungsod Mga Estado Zip

Miyembro ng Sambahayan:

**SARILI**

Pangalan

Edad

Kaugnayan

Pangalan

Edad

Kaugnayan

Pangalan

Edad

Kaugnayan

Pangalan

Edad

Kaugnayan

Pangalan

Edad

Kaugnayan

Pangalan

Edad

Kaugnayan

Pangalan

Edad

Kaugnayan

Pangalan

Edad

Kaugnayan

Nakaaplay ka ba ng Medical Assistance  
Kung oo, ano ang petsanoong nag-aplay ka?  
Kung oo, ano ang naging pasya?

OO HINDI

Nakatanggap ka ba ng anumang uri ng tulong mula sa estado o bansa? OO HINDI

*I. Kita ng Pamilya*

Ilista ang halaga ng iyong buwanang kita mula sa lahat ng pinagkukunan. Maaaring kailanganin na magbigay ka ng patunay ng kita, mga asset, at mga gastusin. Kung wala kang kita, magbigay ng isang liham mula sa taong nagbibigay sa iyo ng matitirhan at pagkain.

	Buwanang Halaga
Mga Benepisyo sa	_____
Pagreretiro/Pensiyon Mga	_____
Benepisyo sa Social Security Mga	_____
Benepisyo sa Pamublikong Tulong	_____
Mga Benepisyo sa Kapansanan Mga	_____
Benepisyo sa Kawalan ng Trabaho	_____
Mga Benepisyo Bilang Beterano	_____
Sustento	_____
Kita sa Pagpaparenta ng Property	_____
Mga Benepisyo sa Nagwewelga	_____
Mga Benepisyo ng Militar	_____
Sakahan o Self Employment Iba	_____
Pang Mapagkukunan ng Kita	_____
	Kabuuang _____

*II Mga Liquid Asset*

	Kasalukuyang Balanse
Checking Account	_____
Savings Account	_____
Stocks, Bonds, CD, o Money Market	_____
Iba Pang Mga Account	_____
	Kabuuang _____

*III Ibang Mga Asset*

Kung nagmamay-ari ka ng sumusunod na mga item, pakilista ang uri at tinatayang halaga.

Bahay	Balanse ng Utang		Tinatayang Halaga
Kotse	Brand	Taon_	Tinatayang Halaga
Dagdag sa Sasakyan	Brand	Taon_	Tinatayang Halaga
Dagdag sa Sasakyan	Brand	Taon	Tinatayang Halaga
Ibang property			Tinatayang Halaga
			Kabuuang _____
			Halaga _____
Renta o Mortgage			_____
Mga Utility			_____
(Mga) pagbabayad sa kotse			_____
(Mga) Credit Card			_____
Insurance ng Kotse			_____
Insurance ng Kalusugan			_____
Iba Pang Mga Medikal na Gastusin			_____
Iba Pang Mga Gastusin			_____
Mayroon ka bang anumang mga di-nabayaranang medical bill? Para sa anong serbisyo?	OO	HINDI	

May naihanda ka bang plano sa pagbabayad? Magkano ang mga buwanang bayad?

**Para sa Kuwalipikasyon sa Pinansyal na Tulong sa Medikal na Kahirapan:**

Kita ng pamilya para sa labindalawang (12) buwan na nauna sa petsa ng aplikasyong ito:

Medikal na Utang na napala sa Johns Hopkins (hindi kabilang ang co-insurance, mga co-payment, o deductible) para sa labindalawang (12) buwan na nauna sa petsa ng aplikasyong ito:

Petsa ng Serbisyo	Halagang inutang
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**Para sa Kuwalipikasyon sa Ipinagpalagay na Tulong Pinansyal**

1. Ano ang edad ng pasyente? \_\_\_\_\_
2. Buntis ba ang pasyente? Oo o Hindi
3. May mga anak ba ang pasyente na wala pang 21 taong gulang na nakatira sa bahay? Oo o Hindi
4. Bulag ba ang pasyente o malamang na magkaroon ng kapansan  
nang 12 buwan o higit pa mula sa trabahong sumasahod? Oo o Hindi
5. Tumatanggap ba ang pasyente sa kasalukuyan ng mga benepisyo sa SSI o SSDI? Oo o Hindi
6. Ang pasyente ba (at, kung may asawa) ay may kabuuang bank  
account o asset na maaaring i-convert sa cash na hindi lumalagpas  
sa sumusunod na mga halaga? Oo o Hindi
- Laki ng Pamilya:**  
Indibidwal: \$2,500.00  
Dalawang tao: \$3,000.00  
Para sa bawat karagdagang miyembro ng pamilya, magdagdag ng \$100.00  
(Halimbawa: Para sa pamilya na apat, kung mayroon kayong kabuuang liquid asset na mas  
mababa sa \$3,200.00, OO ang isasagot mo.) Oo o Hindi
7. Ang pasyente ba ay residente ng State of Maryland?  
Kung hindi residente ng Maryland, sa anong estado nakatira ang pasyente? \_\_\_\_\_  
Oo o Hindi
8. Wala bang bahay ang pasyente? Oo o Hindi
9. Lumalahok ba ang pasyente sa WIC? Oo o Hindi
10. May mga bata ba ang sambahayan na nasa programa ng tanghalian na libre o binabaan ang  
presyo? Oo o Hindi
11. Lumalahok ba ang sambahayan sa programa ng tulong sa kuryente para sa mababa ang  
kita? Oo o Hindi
12. Tumatanggap ba ang pasyente ng SNAP/Food Stamps? Oo o Hindi
13. Naka-enroll ba ang pasyente sa Healthy Howard, Chase Brexton? Oo o Hindi
14. Ang pasyente ay ni-refer sa SH ng Catholic Charities, Mobile Med, Montg Co Cancer  
Crusade, Primary Care Coalition, Montgomery Cares Project Access, o Proyecto Salud? Oo o Hindi
15. Ang pasyente ba ay kasalukuyang mayroong:  
Medikal na Tulong sa Parmasiya Lamang  
QMB/SMLB Oo o Hindi
16. May trabaho ba ang pasyente? \_\_\_\_\_  
Kung hindi, petsa kung kailan nawalan ng trabaho.  
Kuwalipikado ba siya sa health insurance coverage ng COBRA? Oo o Hindi

Lahat ng isusumiteng dokumento ay magiging bahagi ng aplikasyong ito.

Kung hihiling ka na mabigyan ng karagdagang tulong pinansyal, ang JHM ay maaaring humiling ng karagdagang impormasyon para gumawa ng dagdag na pagpapasya. Sa pamamagitan ng paglagda sa form na ito, pinatutunayan mo na ang ibinigay na impormasyon ay totoo at sumasang-ayon ka na ipaalam sa JHM ang anumang mga pagbabago sa impormasyong ibinigay sa loob ng sampung araw mula nang binago ito. Lahat ng impormasyong isinumite sa aplikasyon ay totoo at tama sa abot ng aking nalalaman, impormasyon at paniniwala.

\_\_\_\_\_  
Lagda ng Aplikante

\_\_\_\_\_  
Petsa

\_\_\_\_\_  
Kaugnayan sa Pasyente

