



**Paki-kumpleto, paki-lagdaan, at paki-balik ang aplikasyong ito kasama ang mga kinakailangang dokumento:**

- **Kita (Kabilang ang lahat ng sumusunod na dokumentong kasalukuyan mong natatanggap):**
  - Kopya ng huling 2 resibo ng sahod o kopya ng W-2 form mula sa pinakahuling taon ng buwis na nai-file kabilang ang pasyente, asawa ng pasyente at/o taga-garantiya ng pasyente ((Mga) magulang/ligal na tagapag-alaga ng mga batang mas mababa sa 18 taong gulang) na nakatira sa tahanan.
  - Kung nagtatrabaho para sa sarili, kopya ng iyong kasalukuyang Porma ng Buwis na Pederal 1040.
  - Dokumentasyon ng Social Security/Social Security Disability o anumang iba pang karagdagang kita ng sambahayan.
- **Kopya ng Bill ng Mortgage/Renta, o kopya ng Pahayag ng Buwis sa Ari-arian kung hindi na naka-mortgage ang bahay.**
- **Kung nag-apply ka para sa Medikal na Tulong, isang kopya ng iyong liham ng pagkaka-apruba o pagkatanggi.**

*Kung hindi ka makakapagbigay ng alinman sa mga kinakailangang dokumento sa itaas, paki-kumpleto ang nakalakip na form FAF 116, pahina 3 sa ibaba.*

**Impormasyon ng Pasyente**

Apelyido:	Unang Pangalan:	G.I.:
Numero ng Social Security:	Petsa ng Kapanganakan:	

**Taga-garantiya (Legal na Magulang, Tagapag-alaga, o Power of Attorney)** kung ang Pasyente rin, lumaktaw sa Bahagi II; kumpletuhin ang lahat ng blangko.

Apelyido:	Unang Pangalan:	G.I.:
Numero ng Social Security:	Petsa ng Kapanganakan:	Kaugnayan sa Pasyente:

**Bahagi II (Impormasyon ng Pasyente/Taga-garantiya)**

Address na Pangkalsada:	Apt:	
Lungsod:	Estado:	ZIP:
Telepono sa Bahay: ( )	Cell Phone: ( )	Kalagayang Sibil:
Pangalan at Address ng Pinagtatrabahuhan:		
Buwanang Kabuuang Kita: \$	Buwanang Net na Kita: \$	
Posisyon/Titulo:	Tagal ng Kasalukuyang Trabaho:	
Ikaw ba Legal na Residente ng Estados Unidos: Oo <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/>		

**Asawa**

Apelyido:	Unang Pangalan:	G.I.:
Pangalan/Address ng Pinagtatrabahuhan:	Numero ng Telepono:	
Posisyon/Titulo:	Tagal ng Pagtatrabaho:	
Buwanang Kabuuang Kita: \$	Buwanang Net na Kita: \$	

**Impormasyon ng Sambahayan** (Pangalan at Petsa Ng Kapanganakan ng lahat ng tao sa sambahayan, maliban sa sarili o sa asawa)

Pangalan:	PNK (DOB):	Kaugnayan sa Pasyente:
Pangalan:	PNK (DOB):	Kaugnayan sa Pasyente:
Pangalan:	PNK (DOB):	Kaugnayan sa Pasyente:
Pangalan:	PNK (DOB):	Kaugnayan sa Pasyente:
Pangalan:	PNK (DOB):	Kaugnayan sa Pasyente:

**Karagdagang Kita ng Sambahayan**

Balanse sa Checking Account:	Halaga ng Buwanang Natatanggap Dahil sa Kawalan ng Trabaho:
Balanse sa Savings Account:	Halaga ng Buwanang Natatanggap mula sa Social Security:
Tulong Pampubliko/ Mga Food Stamp:	Halaga ng Buwanang Bayad sa Mga Manggagawa:
Halaga ng Buwanang/Taunang Pensyon:	Iba Pa:

**Mortgage/Renta (Kinakailangan ang kopya ng pagbabayad sa Mortgage/Renta)**

Pagbabayad sa Mortgage/Renta:	
-------------------------------	--

**Impormasyon ng Seguro na Pangkalusugan (Kinakailangan ang kopya ng sulat sa Pagkaka-apruba o Pagkatanggi ng Medikal na Tulong na iyong natanggap)**

Pangalan ng Kompanya:	Petsa ng Pagkakaroon ng Bisa:
Nag-apply ka ba para sa Medikal na Tulong: Oo <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/>	Kailan:
Saan:	Pangalan ng Manggagawa ng Kaso at numero ng telepono:
Kinalabasan/Dahilan ng Pagkatanggi:	

**Impormasyon ng Kapansanan**

May kapansanan ba ang Pasyente: Oo <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/>	Tagal ng Kapansanan:
Pangalan ng Doktor:	Numero ng Telepono ng Doktor:

**Mga Pananagutan ng Ikatlong Partido (Pinsalang dulot ng Aksidente sa Sasakyan, Bayad sa Mga Manggagawa, Pinsala sa Katawan o iba pang ligal na paghahabol)**

Mga Pinsala/Karamdamang dulot ng Aksidente sa Sasakyan	Oo <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/>	Petsa ng Pangyayari:
Mga Pinsala/Karamdamang naganap sa iyong lugar na pinagtatrabahuhan?	Oo <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/>	Petsa ng Pangyayari:
Mga Pinsala/Karamdamang dulot ng isang Krimen?	Oo <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/>	Petsa ng Pangyayari:
Mga Pinsala/Karamdamang humahantong sa ligal na aksyon?	Oo <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/>	Petsa ng Pangyayari:

**Ang Mga Paghahabol ng Pananagutan mula sa Ikatlong Partido ay hindi karapat-dapat sa Pinansyal na Tulong hangga't di nasusubukan ang lahat ng pamamaraan sa pagbabayad. Ang kabiguang isiwalat ang impormasyon hinggil sa anumang paghahabol ng pananagutan ng ikatlong partido ay maglalagay sa pasyente sa pagiging hindi karapat-dapat sa Tulong na Pangpinansya.**

Idinedeklara ko na aking nasuri ang aplikasyong ito at sa pinaka-maaabot ng aking kaalaman ang lahat ng impormasyong nakapaloob dito o ibinigay sa ibang paraan sa UMMS at ang mga kasanayan nito ay totoo, tama, at kumpleto. Nauunawaan ko na ang pagsisinungaling hinggil sa impormasyong ito ay maaaring magkansela sa pinansyal na tulong na maaaring ibinigay sa akin, at kung gayon ako ang kinakailangang managot sa lahat ng medikal na singil. Sa pamamagitan ng paglagda at pagsusumite sa kahilingang ito, ibinigay ko sa UMMS at sa pagsasagawa ng mga pasilidad nito ang pahintulot na tukuyin ang aking pangangailangan sa pinansyal na tulong; kabilang ang pagsusuri sa aking credit file. Ibinigay ko rin ang pahintulot sa UMMS na ipalabas o isiwalat ang impormasyong ito sa University Physicians Inc. para sa layunin ng pagtatasa ng aking pinansyal na kalagayan bilang pagtugon sa tulong sa mga singilin ng aking doktor. Aking nauunawaan na pananagutan ko ang ipagbigay-alam sa UMMS ang anumang mga pagbabago sa kalagayang patungkol sa aking kita o pag-aari habang pinoproseso ang aplikasyong ito.

\_\_\_\_\_  
Lagda ng Pasyente/Taga-garantiya (kinakailangan)

\_\_\_\_\_  
Petsa

\_\_\_\_\_  
Lagda ng Asawa (kinakailangan)

\_\_\_\_\_  
Petsa

Kung mayroon kang anumang katanungan o kailangan mo ng tulong sa pagkumpleto ng aplikasyong ito, pakitawagan ang Financial Assistance Dept. (410) 821-4140, Extension 2003, Lunes hanggang Biyernes, 8:00nu - 4:30nh.

**Maaari mong ipadala sa koreo, i-email o i-fax ang aplikasyong ito kasama ang mga kinakailangang dokumento sa:**

**Koreo:** UMMS  
11311 McCormick Road, Suite 230  
Hunt Valley, MD 21031  
**Email:** CBOService@umm.edu  
**Fax:** 410-630-5341

## Statement ng Beripikasyon ng Pamumuhay, Pinansyal, at Kita

Ang form na ito ay dapat kumpletuhin ng isang aplikante para sa Tulong na Pangpinansya na:

- Tumatanggap ng tulong na may kasamang pagkain at/o tirahan
- Kasalukuyang walang trabaho
- May mga bayarin sa ospital na isisingil mula sa pinsalang dulot ng aksidente sa sasakyan, kompensasyon sa mga manggagawa, personal na pinsala o anumang iba pang paghahabol ng pananagutan mula sa ikatlong partido

### Impormasyon ng Pasyente:

Pangalan: \_\_\_\_\_ Petsa: \_\_\_\_\_  
Numero ng Telepono: \_\_\_\_\_ Numero ng Cell Phone: \_\_\_\_\_  
Petsa ng Kapanganakan: \_\_\_\_\_ Lagda ng Pasyente: \_\_\_\_\_

### Kung tumatanggap ng tulong na may kasamang pagkain at tirahan, kumpletuhin ang mga sumusunod:

Tumatanggap ako ng tulong mula sa \_\_\_\_\_, na tumutulong sa akin sa pagkain at tirahan. Kaugnayan sa pasyente: \_\_\_\_\_.

(Mag-tsek ng isa)

- \_\_\_\_\_ Nagbibigay ng libreng kuwarto at pagkain  
\_\_\_\_\_ Nagbabayad ako ng \$\_\_\_\_\_ kada buwan para sa paninirahan at pagkain  
\_\_\_\_\_ Iba pa, pakipaliwanag sa ibaba:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Kung walang trabaho at walang natatanggap na kita, paki-kumpleto ang mga sumusunod:

(Mag-tsek ng isa) \_\_\_\_\_ Ako ay walang trabaho mula pa noong \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ at tumatanggap ng tulong na may kasamang pagkain at tirahan gaya ng nakasaad sa itaas. Inaasahang petsa ng pagbabalik sa trabaho? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Ako ay walang trabaho mula pa noong \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ at namumuhay gamit ang ipon o iba pang mga ari-ariang salapi.

Pakipaliwanag nang detalyado: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Inaasahang petsa ng pagbabalik sa trabaho? \_\_\_\_\_

Bakit hindi ka nakakatanggap ng sahod para sa walang trabaho?

(Mag-tsek ng isa) \_\_\_\_\_ Natapos na ang Bisa ng Pagiging Karapat-dapat - Nagamit na ng pasyente ang lahat ng maaaring matanggap na benepisyo para sa walang trabaho.

\_\_\_\_\_ Hindi kwalipikado, sa kadahilanang: \_\_\_\_\_

### Kung mayroon kang paghahabol ng pananagutan mula sa ikatlong partido (Pinsalang dulot ng aksidente sa sasakyan, kompensasyon sa mga manggagawa, personal na pinsala) kumpletuhin ang sumusunod:

**Abogado:** Pangalan: \_\_\_\_\_  
Address: \_\_\_\_\_  
Numero ng Telepono: \_\_\_\_\_

**Kompanya sa Insurance:** Pangalan: \_\_\_\_\_  
Address: \_\_\_\_\_  
Numero ng Telepono: \_\_\_\_\_

**Inaasahang Petsa ng Pag-areglo:** \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_