



Mangyaring kumpletuhin, pirmahan, at ibalik ang aplikasyong ito kasama ang sumusunod na kinakailangang dokumentasyon:

• **Kita (Kabilang ang lahat ng sumusunod na dokumentong kasalukuyan mong natatanggap):**

Kopya ng huling 2 pay stub o kopya ng W-2 form mula sa pinakahuling taon ng buwis na nai-file para sa lahat ng nasasakupan; kabilang ang pasyente, asawa ng pasyente, tagagarantiya ng pasyente ((Mga) magulang ng mga batang mas mababa sa 21 taong gulang) na nakatira sa tahanan. Dokumentasyon ng Social Security/Social Security Disability o anumang iba pang karagdagang kita ng tahanan.

• **Kopya ng Mortgage/Bill ng Renta.**

• **Kung nag-apply ka para sa Tulong Medikal, isang kopya ng iyong sulat ng pagkakaapruba o pagkatanggi.**

Kung hindi ka makakapagbigay ng alinman sa mga kinakailangang dokumento sa itaas, pakikumpleto ang nakalakip na form FAF 116.

Impormasyon ng Pasyente		
Apelyido:	Pangalan:	M.I.:
Numero ng Social Security:	Petsa ng Kapanganakan:	

Tagagarantiya (Partidong May Pananagutan) Kung pareho sa Pasyente, lumaktaw tungo sa Ikalawang Bahagi, kung hindi, pakikumpleto ang lahat ng dapat sagutan.

Apelyido:	Pangalan:	M.I.:
Numero ng Social Security:	Petsa ng Kapanganakan:	Kaugnayan sa Pasyente:
Ika-II na Bahagi (Kinakailangan ang kopya ng (mga) W-2 form mula sa pinakahuling taon na nai-file O huling dalawang pay check stub)		
Street Address:		Apt:
Lungsod:	Estado:	ZIP:
Telepono sa Bahay: ()	Cell Phone: ()	Katayuang Sibil:
Pangalan at Address ng Pinagtatrabahuhan:		
Buwanang Kabuuang Kita: \$	Buwanang Net na Kita: \$	
Posisyon/Titulo:	Tagal ng Kasalukuyang Trabaho:	
Ikaw ba ay isang Ligal na Naninirahan sa United States: Oo <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/>		

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

Impormasyon ng Tahanan (Pangalan at Petsa Ng Kapanganakan ng lahat ng tao sa tahanan, maliban sa sarili o asawa)		
Pangalan:	Petsa ng Kapanganakan:	Kaugnayan sa Pasyente:
Pangalan:	Petsa ng Kapanganakan:	Kaugnayan sa Pasyente:
Pangalan:	Petsa ng Kapanganakan:	Kaugnayan sa Pasyente:
Pangalan:	Petsa ng Kapanganakan:	Kaugnayan sa Pasyente:
Pangalan:	Petsa ng Kapanganakan:	Kaugnayan sa Pasyente:

Karagdagang Kita ng Tahanan

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 Kompensasyon sa Mga Manggagawa:
Halaga ng Buwanang Sustento sa Anak:	Iba Pa:

Buwanang Gastusin (kinakailangan ang Kopya ng Mortgage/Pagbabayad sa renta)

Pagbabayad sa Mortgage/Renta:	Cable:
Mga Utility:	Visa:
Telepono:	Mastercard:
Cell Phone:	Department Store:
Pagbabayad para sa Sasakyan:	Iba Pa:

Impormasyon sa Health Insurance (Kinakailangan ang kopya ng sulat sa Pagkakaaprubo o Pagkatanggi ng Tulong Medikal na iyong natanggap)

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

Impormasyon sa 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 Mula sa Ikatlong Partido (Pinsalang dulot ng aksidente sa sasakyan, kompensasyon 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 Tulong na Pangpinansya hangga't di nasubukan ang lahat ng pamamaraan sa pagbabayad. Ang kabiguan sa pagsisiwalat ng impormasyong may kinalaman sa anumang paghahabol ng pananagutan mula sa ikatlong partido ay magiging dahilan upang hindi maging karapat-dapat ang pasyente sa Tulong na Pangpinansya.

Dinedeklara kong aking nasuri ang aplikasyong ito at sa pinakamahasag na aking nalalaman ang lahat ng impormasyong narito o ibinigay sa ibang paraan sa UMMS at kanyang mga pagsasagawa ay totoo, tama, at kumpleto. Nauunawaan ko na ang pagsisinungaling hinggil sa impormasyong ito ay maaaring mag-alis sa anumang tulong na pangpinansyang maaaring ibigay sa akin, at ako ay magkakaroon ng pananagutan sa lahat ng mga medikal na bayarin. Sa pamamagitan ng paglagda sa at pagsusumite ng kahilingang ito, binibigyan ko ang UMMS, at ang mga pagsasagawa sa kanyang mga pasilidad, ng permiso upang malaman ang aking pangangailangan para sa tulong na pangpinansya; kabilang ang pagsusuri sa aking credit file. Binibigyan ko rin ng permiso ang UMMS na ilabas o isiwalat ang impormasyong ito sa University Physicians Inc. para sa layunin ng pagsusuri sa aking katayuang pangpinansya bilang katugunan sa tulong para sa aking mga bayarin sa doktor. Nauunawaan kong responsibilidad ko ang pagsasabi sa UMMS hinggil sa anumang pagbabago sa katayuan hinggil sa aking kita o mga ari-arian habang nasa proseso ang aplikasyong ito.

Lagda ng Pasyente/Tagagarantiya

Petsa

Lagda ng Asawa

Petsa

Kung mayroon kang anumang katanungan o kailangan mo ng tulong sa pagkumpleto sa aplikasyong ito, pakitawagan ang Departamento ng Tulong na Pangpinansya. (410) 821-4140, Lunes hanggang Biyernes, 8:00am - 4:30pm. Ipadala sa koreo ang aplikasyong ito, **kasama ang mga kinakailangang dokumento sa: UMMS, 11311 McCormick Rd, Suite 230, Hunt Valley, MD 21031.**