

**Pangalan ng Pasyente:** \_\_\_\_\_ **Account #:** \_\_\_\_\_

*Patient Name*
**Address ng Pasyente:** \_\_\_\_\_

*Patient Address*
**Numero ng Telepono:** \_\_\_\_\_ **Petsa ng Serbisyo:** \_\_\_\_\_

*Phone #*
*Date of Service*
**Mga Kabuuang Singil:** \_\_\_\_\_ **Balanseng Nakatakdang Bayaran:** \_\_\_\_\_

*Total Charges*
*Balance Due*
**Tulong-Pinansyal na Hiniling ni:** \_\_\_\_\_ **Kaugnayan sa Pasyente:** \_\_\_\_\_

*Financial Assistance Requested by:*
*Relationship to Patient*

*Ilista ang bawat miyembro ng sambahayan ng pasyente, kasama ang pasyente, gaya ng nakalista sa tax return. Gumamit ng mga karagdagang pahina kung kinakailangan.*

*List every member of the patient's household, including patient, as listed on the tax return. Use additional sheets if necessary.*

<b>Pangalan</b> <i>Name</i>	<b>Edad</b> <i>Age</i>	<b>Kaugnayan</b> <i>Relationship</i>	<b>Kabuuang Buwanang Kita</b> <i>Gross Monthly Income</i>	<b>Address at Numero ng Telepono ng Employer</b> <i>Employer Address</i>

**Kabuuang bilang sa sambahayan:** \_\_\_\_\_ **Kayo ba ang may-ari ng bahay ninyo?**  Oo  Hindi  
*Total number in household* *Do you own your home?* *Yes* *No*
**Nagrerenta ba kayo?**  Oo  Hindi  
*Do you rent?* *Yes* *No*
**Iba Pang Pinagkakakitaan**  
*Other Sources of Income*
**Kabuuang Halaga Kada Buwan**  
*Gross Amount Per Month*
**Kabuuang Kita ng Pamilya sa Huling 3 Buwan** \_\_\_\_\_ **X 4= 12 Buwang Kabuuan** \_\_\_\_\_ **Taunang Kabuuang Kita** \_\_\_\_\_  
*Last 3 Months Total Family Income* *Months Total* *Annual Gross Income*

**Isumite ang aplikasyong ito kasama ang mga kopya ng paghahain ng buwis sa kita sa loob ng nakalipas na dalawang taon bilang patunay ng kita ng pamilya.**

*Submit this application with copies of the last two years' income tax filings as proof of family income.*

**Pakisagutan ang sumusunod:**

*Please complete the following*

**Checking Account \$** \_\_\_\_\_ **Savings Account \$** \_\_\_\_\_

**IRA** \_\_\_\_\_ **Mga Ipon para sa Pagreretiro** \_\_\_\_\_

*Retirement Savings*
**401K/403B** \_\_\_\_\_ **Plano sa Pagtitipid** \_\_\_\_\_ **Mortgage** Y o N

*Thrift Plan*

**\*\* Kung mayroon kang anumang pagsusuri sa laboratoryo na maaaring nauugnay sa serbisyong ito, kakailanganin mong makipag-ugnayan sa numerong nakalista sa natanggap mong bill at ipagbigay-alam sa kanila na nag-apply ka para sa tulong sa Sentara Business Office.**

**\*\* If you have any lab work that could be related to this service, you will need to contact the number listed on the bill you receive and inform them you have applied for assistance with the Sentara Business Office.**

**LAGYAN NG TSEK KUNG NATATANGGAP MO ANG ALINMAN SA MGA SUMUSUNOD NA MAPAGKUKUNAN NG MEDIKAL NA TULONG:**

*CHECK ANY OF THE FOLLOWING MEDICAL FINANCIAL RESOURCES THAT YOU HAVE:*

- |  |   |  |                                   |                                   |
|--|---|--|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Komersyal na Insurance<br><i>Commercial Insurance</i>           | <input type="checkbox"/> Para sa Beterano<br><i>Veteran's</i>                               | <input type="checkbox"/> Champus/Tricare | <input type="checkbox"/> Medicare | <input type="checkbox"/> Medicaid |
| <input type="checkbox"/> Ospital ng Estado at Lokal<br><i>State &amp; Local Hospital</i> | <input type="checkbox"/> Serbisyo sa Pampublikong Kalusugan<br><i>Public Health Service</i> |  |                                   |                                   |

• Ang serbisyo bang ito ay dahil sa aksidente kung saan maaaring may habol ka o maaaring may kumatawan sa iyo na abogado? \_\_\_\_\_

*Was this service due to an accident in which you may have a claim or be represented by an attorney?*

Kung oo, ano ang pangalan at impormasyon sa pakikipag-ugnayan ng abogado? \_\_\_\_\_

*If so, what is the attorney's name and contact information?* \_\_\_\_\_

- Kung mayroon kang mga tanong, mangyaring makipag-ugnayan sa Billing department sa (757) 496- 6400 #2  
*If you have questions, please contact the Billing department at (757) 496- 6400 #2*

- Pinapatunayan kong totoo at wasto ang impormasyon sa itaas. Binibigyan ko ng pahintulot ang Sentara Hospitals na i-verify ang impormasyong ito sa mga employer at iba pang ahensya. Nauunawaan ko rin na ang impormasyong ito ay daraan sa pagsusuri ng Mga Ahensya ng Pederal na Pamahalaan at/o Estado. Nauunawaan ko rin na inaasahan akong magsumite ng aplikasyon sa anumang iba pang tulong na maaari kong magamit.

*I certify that the above information is true and correct. I authorize Sentara Hospitals to verify this information with employers and other agencies. I also understand that this information is subject to review by Federal and/or State Agencies. I also understand that I am expected to make application to any other help, which may be available to me.*

\_\_\_\_\_  
Lagda  
Signature

\_\_\_\_\_  
Petsa kung kailan Hiniling  
Date Requested

**To Be Completed By Manager:**

Date Received \_\_\_\_\_ By \_\_\_\_\_ Documents for income verif. \_\_\_\_\_

Approved for Charity  Reduced Fee  Denied Reason: \_\_\_\_\_

Date of Charity Care \_\_\_\_\_ Determination pending \_\_\_\_\_ CS/PP \_\_\_\_\_