



## Aplikasyon para sa Programa ng Pinansyal na Tulong

**Pakisauli sa:**

Department of State Hospital  
Attn: Patient Cost Recovery Section  
1215 O Street, MS-3  
Sacramento, CA 95814  
Email Address: [DSHSacTrustOffice@dsh.ca.gov](mailto:DSHSacTrustOffice@dsh.ca.gov)

**Mga Tagubilin:** Pakikumpleto ang mga Seksyon A – E hanggang sa abot ng makakaya mo. Ang sumusuportang dokumentasyon ay maaaring ilakip sa aplikasyon at ipadala kasama ang aplikasyon sa address na nakalista sa itaas.

### Seksyon A

#### Impormasyon ng Pasyente

Pangalan	Gitnang Pangalan	Apelyido ng Pasyente	Petsa ng Kapanganakan
Pangunahing Address	Lungsod	Estado	Zip Code
Pangalawang Address	Lungsod	Estado	Zip Code

**Lagyan ng tsek ang sumusunod kung naaangkop ang mga ito at kung oo, magbigay ng karagdagang impormasyon sa ibaba:**

Tagapangalaga/Conservator       Kinatawan na Payee       Power of Attorney

Pangalan	Apelyido	Petsa ng Appointment	Numero ng Telepono	Email
Mailing Address	Lungsod	Estado	Zip Code	

#### Impormasyon ng Miyembro ng Pamilya

Marital Status ng Pasyente:  
 Walang Asawa       May Asawa      Bilang ng Mga Dependent:

**Pakilista sa ibaba ang lahat ng miyembro ng iyong sambahayan at kanilang relasyon sa iyo:**

Pangalan	Apelyido	Relasyon
Pangalan	Apelyido	Relasyon
Pangalan	Apelyido	Relasyon



## Seksyon B

### Coverage ng Health Insurance

Mayroon ka bang Health Insurance sa kasalukuyan?: <input type="checkbox"/> Mayroon <input type="checkbox"/> Wala	
<b>Kung ang kahong 'Mayroon' ang nilagyan mo ng tsek bilang iyong sagot, magbigay ng karagdagang impormasyon sa ibaba:</b>	
Pangalan ng Kumpanya ng Pangunahing Insurance	Policy Holder
Policy/Subscriber ID Number	Group Number
Relasyon sa Policy Holder: <input type="checkbox"/> Sarili <input type="checkbox"/> Asawa <input type="checkbox"/> Magulang <input type="checkbox"/> Iba pa	
<b>Kung mayroon kang pangalawang health insurance policy, ibigay ang mga sumusunod na impormasyon:</b>	
Pangalan ng Kumpanya ng Pangalawang Insurance	Policy Holder
Policy/Subscriber ID Number	Group Number
Relasyon sa Policy Holder: <input type="checkbox"/> Sarili <input type="checkbox"/> Asawa <input type="checkbox"/> Magulang <input type="checkbox"/> Iba pa	

## Seksyon C

### Kita at Mga Asset

**Mga Tagubilin:** Pakilista sa column na Natanggap na Buwanang Halaga ang mga perang natanggap. Kung hindi naaangkop, pakilista bilang 'N/A'. Pakisama ang sumusuportang dokumentasyon kasama ang aplikasyon kapag isinumite ito. Ang hindi nabibilang na kita ay protektado mula sa mga paniningil at pagbabayad sa utang kaya hindi ito kailangang iulat. Tingnan ang Ika-1 Kalakip para sa mga karagdagang uri ng hindi nabibilang na kita.)

Pinagkukunan	Natanggap na Buwanang Halaga
Kita sa Trabaho	
Karagdagang Kita sa Seguridad	
Mga Benepisyo para sa May Kapansanan	
Mga Benepisyo ng Beterano	
Pagreretiro sa Riles ng Tren	
Suporta mula sa Asawa, Magulang, o Mga Dependent	
Nabubuwisang Benepisyo sa Pagreretiro	
Kita sa Pagpaparenta	
Iba pa (ilarawan):	

### Mga Pinansyal na Account

**Mga Tagubilin:** Pakilista sa ibaba ang anumang bank account na pagmamay-ari mo at ang halaga ng mga ito. Kung nangangailangan ng karagdagang espasyo, gamitin ang Seksyon E para ilagay ang karagdagang impormasyon ng bank account.



Uri ng account:  Checking  Savings  Iba pa \_\_\_\_\_

Pangalan ng Bangko: Address:

Account Number (Huling 4 na digit lang): Kasalukuyang Balanse:

Uri ng account:  Checking  Savings  Iba pa \_\_\_\_\_

Pangalan ng Bangko: Address:

Account Number (Huling 4 na digit lang): Kasalukuyang Balanse:

Ikaw ba ang benepisyaryo ng isang Trust?  Oo  Hindi (kung oo, pakibigay ang pangalan, ng trust, uri, at impormasyon sa pakikipag-ugnayan ng trustee gamit ang Seksyon E)

### Iba pang Asset

**Mga Tagubilin:** Pakilista sa ibaba ang anumang stocks, bonds, o mga cryptocurrency holding na pagmamay-ari mo at ang halaga ng mga ito. Kung nangangailangan ng karagdagang espasyo, gamitin ang Seksyon E.

Paglalarawan	Halaga

### Real Property

**Mga Tagubilin:** Pakilista ang anumang real property na pagmamay-ari mo. Kung nangangailangan ng karagdagang espasyo, gamitin ang Seksyon E. Pakisaad din kung aling property, kung mayroon man, ang idinedeklara mo bilang iyong pangunahing tirahan.

Paglalarawan/Address	Pangunahing Tirahan (oo/hindi)

## Seksyon D

### Mga Buwanang Gastusin sa Pamumuhay

Ang mga buwanang gastusin sa pamumuhay ay para sa:  Sarili lang  Sarili at mga dependent.

Uri ng Gastos	Buwanang Halaga
Mga Health Insurance Premium (kabilang ang dental at paningin)	
Mga Legal na Obligasyon (Alimonya, suporta sa bata, atbp.)	
Transportasyon (mga pagbabayad sa kotse, insurance, gasolina, mga bayarin sa pampublikong transportasyon, atbp.)	
Mga Pagbabayad sa Bahay (mortgage, renta, home insurance, mga buwis sa ari-arian, atbp.)	
Pagkain, damit, at iba pang kagamitang pambahay	
Mga gastusin sa paaralan o pangangalaga sa bata	
Mga utility (gas, kuryente, tubig, basura, telepono, atbp.)	
Iba pa:	



**Kabuuang Buwanang Gastusin**

## Seksyon E

### Mga Karagdagang Pagsasaalang-alang

**Mga Tagubilin:** Pakilista ang anumang karagdagang impormasyon na sa palagay mo ay magiging mahalaga sa pagsasaalang-alang ng Kagawaran ng Ospital ng Estado (Department of State Hospital, DSH) sa iyong aplikasyon para sa pinansyal na tulong, kabilang ang karagdagang impormasyon sa bank account o stock at bond. Kung kailangan mo ng karagdagang espasyo, pakilista ang impormasyon sa hiwalay na piraso ng papel at ilakip ito sa aplikasyon.

Pinapatunayan kong tumpak at kumpleto ang impormasyon sa itaas. Nauunawaan kong nakalaan sa Kagawaran ng Mga Ospital ng Estado (DSH) ang karapatang beripikahin ang lahat ng impormasyong ibinigay at maaaring hingin sa akin na magbigay ng katibayan ng impormasyong ibinibigay ko. Sumasang-ayon akong abisuhan ang Tanggapan ng Trust ng Sacramento ng DSH sa (916) 654-1501 o sa [DSHSacTrustOffice@dsh.ca.gov](mailto:DSHSacTrustOffice@dsh.ca.gov) tungkol sa anumang pagbabago sa aking pinansyal na impormasyon sa loob ng 10 araw pagkatapos ng pagbabago.

Ako ang:  Pasyente  
 Kinatawan ng Pasyente (Relasyon sa Pasyente \_\_\_\_\_)

I-print ang Pangalan	Lagda	Petsa	Email	Telepono
Address	Lungsod	Estado		Zip