



Arlington Memorial Hospital  
 Harris Methodist Hospitals  
 Presbyterian Hospitals

500 E Border Street #130  
 Arlington Texas 76010  
 682-236-3000 / 800-890-6034  
 THRFinancialassistance@texashealth.org

Petsa / Date: \_\_\_\_\_ Pangalan ng Garantor / Guarantor Name: \_\_\_\_\_

Pangalan ng Pasyente / Patient Name: \_\_\_\_\_ Petsa ng Serbisyo / Date of Service: \_\_\_\_\_

Num. ng Account sa Ospital / Hospital Account # \_\_\_\_\_ Num. ng Medikal na Rekord / Medical Record # \_\_\_\_\_

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Texas Health<br>Arlington Memorial Hospital                      | <input type="checkbox"/> Texas Health<br>Harris Methodist Hospital<br>Southwest Fort Worth | <input type="checkbox"/> Texas Health<br>Presbyterian Hospital Denton             |
| <input type="checkbox"/> Texas Health<br>Behavioral Health Hospital Corinth               | <input type="checkbox"/> Texas Health<br>Harris Methodist Hospital Stephenville            | <input type="checkbox"/> Texas Health<br>Presbyterian Hospital Kaufman            |
| <input type="checkbox"/> Texas Health<br>Harris Methodist Hospital Alliance               | <input type="checkbox"/> Texas Health Harris<br>Specialty Hospital Fort Worth              | <input type="checkbox"/> Texas Health<br>Presbyterian Hospital Plano              |
| <input type="checkbox"/> Texas Health<br>Harris Methodist Hospital Azle                   | <input type="checkbox"/> Texas Health<br>Heart & Vascular Hospital Arlington               | <input type="checkbox"/> Texas Health<br>Recovery and Wellness Center             |
| <input type="checkbox"/> Texas Health<br>Harris Methodist Hospital Cleburne               | <input type="checkbox"/> Texas Health<br>Outpatient Surgery Center Alliance                | <input type="checkbox"/> Texas Health<br>Seay Behavioral Health Hospital          |
| <input type="checkbox"/> Texas Health<br>Harris Methodist Hospital Fort Worth             | <input type="checkbox"/> Texas Health<br>Presbyterian Hospital Allen                       | <input type="checkbox"/> Texas Health<br>Springwood Behavioral Health<br>Hospital |
| <input type="checkbox"/> Texas Health<br>Harris Methodist Hospital<br>Hurst-Eules-Bedford | <input type="checkbox"/> Texas Health<br>Presbyterian Hospital Dallas                      |   |

**Minamahal na Pasyente:**

Matatagpuan ninyo rito ang kalakip na Aplikasyon para sa Tulong Pinansyal ng Texas Health. Ang pagkumpleto ng aplikasyong ito ay pahihintulutan kaming isumite ang inyong account upang isaalang-alang ito para sa tulong pinansyal para sa inyong (mga) singil sa ospital. Ito ay para lamang sa inyong mga singil sa ospital.

Nauunawaan namin ang inyong kagustahan sa pagkapribado. Dahil dito, maliban kung para sa mga layunin ng beripikasyon, ang impormasyong kasama sa inyong aplikasyon ay ituturing bilang kumpidensyal na impormasyon. Ibabahagi lamang ito sa loob ng Texas Health Resources sa tuwing kinakailangan itong malaman.

Mangyaring kumpletuhin ang bawat item sa aplikasyon. Kung kailangan ninyo ng karagdagang espasyo para sa anumang pagpapaliwanag, mangyaring gamitin ang likod ng aplikasyon.

Mangyaring magbigay ng mga kopya ng inyong stub ng sahod at/o katibayan ng anumang ibang kita para sa inyong sambahayan para sa kasalukuyan at nakaraang dalawang buwan. Kung hindi kayo nakakatanggap ng mga stub ng tseke, mangyaring magbigay ng mga kopya ng inyong mga pahayag ng bangko na nagpapakita ng inyong mga buwanang deposito. Kung nagtatrabaho kayo para sa sarili ninyo, mangyaring magbigay ng isang kopya ng inyong pinakabagong personal income tax return na naisumite at ang kasalukuyang profit and loss statement. Ang kabiguang ibigay ang hiniling na dokumentasyon ay maaaring humantong sa pagtangi sa pagsasaalang-alang sa inyo para sa tulong pinansyal.

Napakahalagang kumpletuhin ninyo ang aplikasyong ito sa oras na matanggap ninyo ito at ibalik ito sa amin sa lalong madaling panahon.

Kung nahihirapan kayong kumpletuhin ang aplikasyong ito o may bahaging hindi malinaw, mangyaring tumawag sa amin. Pinahahalagahan namin ang inyong pakikipagtulungan.

Arlington Memorial Hospital 500 E Border Street #130  
 Harris Methodist Hospitals Arlington Texas 76010  
 Presbyterian Hospitals 682-236-3000 / 800-890-6034  
 THRFinancialassistance@texashealth.org

**APLIKASYON PARA SA TULONG PINANSYAL – Pahina 1**  
*APPLICATION FOR FINANCIAL ASSISTANCE – Page 1*

Pangalan ng Pasyente / Patient Name: \_\_\_\_\_  
 Apanyido / Last Pangalan / First Gitnang Inisyal / MI

Social Security # / Social Security # \_\_\_\_\_  
 Petsa ng Kapanganakan / DOB: \_\_\_\_\_  
 Num. ng Account sa Ospital / Hospital Account #: \_\_\_\_\_

Kasal / Married \_\_\_\_\_  
 Walang asawa / Single \_\_\_\_\_  
 Diborsiyado / Divorced \_\_\_\_\_  
 Balo / Widowed \_\_\_\_\_  
 Hiwalay / Separated \_\_\_\_\_

Kayo ba ay may mga anak na wala pa sa hustong gulang (wala pang 18)? / Do you have minor children (under 18)? \_\_\_\_\_ Oo / Yes \_\_\_\_\_ Hindi / No \_\_\_\_\_

Nakatira ba sila kasama ninyo? / Do they live with you? \_\_\_\_\_ Oo / Yes \_\_\_\_\_ Hindi / No \_\_\_\_\_

Sila ba ay natural/legal na ampong anak ninyo? / Are they your birth/legally adopted children? \_\_\_\_\_ Oo / Yes \_\_\_\_\_ Hindi / No \_\_\_\_\_

May trabaho ba ang pasyente? / Patient Employed? \_\_\_\_\_ Oo / Yes \_\_\_\_\_ Hindi / No \_\_\_\_\_

May trabaho ba ang asawa? / Spouse Employed? \_\_\_\_\_ Oo / Yes \_\_\_\_\_ Hindi / No \_\_\_\_\_

Kayo ba ay may medikal na insurance? / Do you have medical insurance? \_\_\_\_\_ Oo / Yes \_\_\_\_\_ Hindi / No \_\_\_\_\_

Kayo ba ay may benepisyo sa kapansanan? Gaano katagal na? / Are you on disability? How long? \_\_\_\_\_ Oo / Yes \_\_\_\_\_ Hindi / No \_\_\_\_\_

Kayo ba ay beterano? / Are you a veteran? \_\_\_\_\_ Oo / Yes \_\_\_\_\_ Hindi / No \_\_\_\_\_

**MGA MIYEMBRO NG PAMILYA – (Na nakatira sa bahay) / FAMILY MEMBERS – (Living in the home)**

Asawa / Spouse: \_\_\_\_\_

Anak / Child: \_\_\_\_\_ Edad / Age: \_\_\_\_\_

Anak / Child: \_\_\_\_\_ Edad / Age: \_\_\_\_\_

Anak / Child: \_\_\_\_\_ Edad / Age: \_\_\_\_\_

Anak / Child: \_\_\_\_\_ Edad / Age: \_\_\_\_\_



Arlington Memorial Hospital 500 E Border Street #130  
 Harris Methodist Hospitals Arlington Texas 76010  
 Presbyterian Hospitals 682-236-3000 / 800-890-6034  
 THRFinancialassistance@texashealth.org

**KITA (Buwanang Halaga) / INCOME (Monthly Amount):**

	<u>Kabuuan / Gross</u>	<u>Neto / Net</u>	<u>Mga Gastusin / Expenses</u>	<u>Buwanang Halaga / Monthly Amount</u>
Pasyente / Patient	\$ _____	\$ _____	Mortgage/Upa / Mortgage/Rent	\$ _____
Asawa / Spouse	\$ _____	\$ _____	Mga Utilidad / Utilities	\$ _____
Mga Makikinabang / Dependents	\$ _____	\$ _____	Mga Bayad sa Kotse / Car Payments	\$ _____
Tulong Pampubliko / Public Assistance	\$ _____	\$ _____	Pagkain / Groceries / Food / Groceries	\$ _____
Mga Food Stamp / Food Stamps	\$ _____	\$ _____	Mga Credit Card / Credit Cards	\$ _____
Social Security / Social Security	\$ _____	\$ _____	Iba pa (mangyaring tukuyin) / Other (please specify)	\$ _____
Benepisyo sa Kawalan ng Trabaho / Unemployment	\$ _____	\$ _____		\$ _____
Mga Benepisyo ng Welga / Strike Benefits	\$ _____	\$ _____		\$ _____
Kabayaran sa mga Manggagawa / Worker's Compensation	\$ _____	\$ _____	<b>KABUUAN / TOTAL</b>	\$ _____
Alimony / Alimony	\$ _____	\$ _____		
Suportang Pinansyal sa Anak / Child Support	\$ _____	\$ _____		
Mga Military Allotment / Military Allotments	\$ _____	\$ _____		
Mga Pensyon / Pensions	\$ _____	\$ _____		
Kita mula sa: Mga CD / Income from: CD's				
Upa, Mga Dibidendo / Rent, Dividends				
Tubo / Interest	\$ _____	\$ _____		
<b>KABUUAN / TOTAL</b>	\$ _____	\$ _____		

**MGA ASSET / ASSETS**

Checking Account / Checking Account	\$ _____
Savings Account / Savings Account	\$ _____
Mga CD, IRA / CD's, IRA's	\$ _____
Iba Pang Mga Pamumuhunan (Mga sapi, mga bond, atbp.) / Other Investments (Stocks, bonds, etc.)	\$ _____
Mga Ari-arian/Lupa maliban sa pangunahing tirahan / Properties/Land other than primary residence	\$ _____



Arlington Memorial Hospital  
 Harris Methodist Hospitals  
 Presbyterian Hospitals

500 E Border Street #130  
 Arlington Texas 76010  
 682-236-3000 / 800-890-6034  
 THRFinancialassistance@texashealth.org

**APLIKASYON PARA SA TULONG PINANSYAL – Pahina 2**  
*APPLICATION FOR FINANCIAL ASSISTANCE – Page 2*

Pangalan ng Employer / Name of Employer _____ Num. ng Telepono / Telephone # _____ Address ng Employer / Employer Address _____ Trabaho / Occupation _____	Employer ng Asawa / Spouse’s Employer: _____ Num. ng Telepono / Telephone # _____ Address ng Employer / Employer Address _____ Trabaho / Occupation _____
--	--

Kayo ba ay kasalukuyang nag-a-apply para sa Mga Benepisyong Medicaid? / <i>Are you currently applying for Medicaid Benefits?</i>	<input type="checkbox"/> Oo / Yes	<input type="checkbox"/> Hindi / No
Kayo ba ay nag-apply para sa tulong sa pamamagitan ng ospital/programa para sa mga maralita ng inyong county? / <i>Have you applied for assistance thru your county hospital/indigent program?</i>	<input type="checkbox"/> Oo / Yes	<input type="checkbox"/> Hindi / No
Ibinibigay ba ng inyong doktor ang kanyang mga serbisyo nang libre? / <i>Is your physician donating his/her services?</i>	<input type="checkbox"/> Oo / Yes	<input type="checkbox"/> Hindi / No
Mayroon bang posibleng may-pananagutang ikatlong panig na responsable para sa inyong aksident/pinsala/karamdaman? / <i>Are there any potentially liable third-parties responsible for your accident/injury/illness?</i>	<input type="checkbox"/> Oo / Yes	<input type="checkbox"/> Hindi / No
Mayroon bang tumutulong sa inyong bayaran ang inyong mga singil sa ospital? / <i>Is anyone assisting you with payment of your hospital bills?</i> Sino ang tumutulong sa inyo? / <i>Who is assisting you?</i> Magkano ang tulong na natatanggap ninyo? / <i>How much assistance are you receiving?</i>	<input type="checkbox"/> Oo / Yes	<input type="checkbox"/> Hindi / No

Ilista ang anumang ibang impormasyon na sa tingin ninyo ay makakatulong sa amin sa pagpapasiya tungkol sa inyong pagiging karapat-dapat sa tulong sa pagbabayad ng inyong singil sa ospital. / *List any other information you feel would be helpful to us in determining your eligibility for assistance in paying your hospital bill.*

---



---



---

Mga inaasahang kita at/o pondo na matatanggap ninyo sa panahon ng inyong pagtigil sa trabaho dahil sa inyong karamdaman (pagliban sa trabaho dahil sa sakit, may bayad na pagtigil sa trabaho, panandalian/pangmatagalang benepisyo sa kapansanan). / *Expected earnings and/or funds you will receive during your time off due to your illness (Sick leave, paid time off, short/long term disability income).* \$ \_\_\_\_\_

Inaasahang haba ng panahon kung kailan hindi kayo makakapagtrabaho at/o kikita ng sahod / *Expected length of time you will be unable to work and/or earn wages:* \_\_\_\_\_



Arlington Memorial Hospital  
 Harris Methodist Hospitals  
 Presbyterian Hospitals

500 E Border Street #130  
 Arlington Texas 76010  
 682-236-3000 / 800-890-6034  
 THRFinancialassistance@texashealth.org

Nauunawaan ko na maaaring beripikahin ng Texas Health Resources ang impormasyong pinansyal na nilalaman ng aplikasyong ito na kaugnay ng pagsusuri ng ospital sa aplikasyong ito, at pinahihintulutan ko ang ospital na makipag-ugnayan sa aking employer upang patunayan ang impormasyong ibinigay at humiling ng mga ulat mula sa mga ahensiya ng pag-uulat sa kredito. Alam ko na ang impormasyong ito ay gagamitin upang tukuyin ang aking pagiging karapat-dapat sa tulong pinansyal at ang pagsipikasyon ng impormasyon sa aplikasyong ito ay maaring humantong sa pagtanggap ng Tulong Pinansyal. Nauunawaan ko rin na ang anumang pag-apruba ng Tulong Pinansyal ay maaaring saliwain nang ganap o porsiyal sa kaganapan ng isang pagbawi mula sa isang ikatlong panig o iba pang pinanggalingan. Nauunawaan ko rin na ang anumang pangangalagang may Tulong Pinansyal na tinatanggap ko ay hindi dapat ipakahulugan bilang pagpapaubaya ng ospital ng panagot ng ospital nito para sa pagbabalik-bayad ng anumang halagang dapat kong bayaran at ang anumang pagbabalik-bayad na matatanggap ko na may kaugnayan sa pagpapa-ospital na ito ay dapat ipadala sa Texas Health Resources.

---

Lagda ng Taong Gumagawa ng Kahilingan, Kung Siya ang Pasyente  
*Signature of Person Making Request, If Patient*

---

Petsa  
*Date*

---

Lagda ng Taong Gumagawa ng Kahilingan, Kung Hindi Siya ang Pasyente  
*Signature of Person Making Request, If Not Patient*

---

Kaugnayan  
*Relationship*

---

Address ng Pasyente	Lungsod	Estado	ZIP	County
<i>Patient's Address</i>	<i>City</i>	<i>State</i>	<i>ZIP</i>	<i>County</i>

---

Numero ng Telepono sa Bahay  
*Home Telephone Number*