



**APLIKASYON PARA SA PINANSYAL NA TULONG PARA SA MGA PASYENTENG  
MAY MGA BAYARIN PARA SA MGA SERBISYO NG OSPITAL NA NAPUNTA SA MGA  
KOLEKSYON SA PAGITAN NG OKTUBRE 28, 2018 AT DISYEMBRE 31, 2021**

Kumpletuhin at ibalik ang form na ito kasama ng kinakailangang dokumento sa pag-verify sa pamamagitan ng:

- Pagpapadala sa koreo o personal na paghahatid ng mga ito sa:  
**770 S. Bascom Avenue, San José, CA 95128**
- Pag-fax ng mga ito sa: **1-408-494-7848**
- Pagpapadala ng mga ito sa e-mail sa: **FinancialAssistance@hhs.sccgov.org**



*Tandaan: Kung pipiliin mong ipadala sa e-mail ang iyong aplikasyon, inirerekomenda naming i-encrypt mo ang iyong mensahe para maprotektahan ang privacy at seguridad ng iyong mga personal na dokumento.*

Para maging kwalipikado para sa pinansyal na tulong, dapat mong kumpletuhin ang lahat ng 4 pahina ng form na ito at ibalik ang mga ito sa County sa loob ng 65 araw mula sa petsa sa kalakip na abiso (Numero ng Dokumento: 22223). Pagkatapos ay magkakaroon ka ng karagdagang 150 araw para isumite ang mga dokumentong tinukoy sa sumusunod na pahina para i-verify ang iyong kita, pagkakakilanlan, at tirahan. Nasa abiso ang mga eksaktong takdang petsa.

Pagkatapos naming matanggap ang iyong nakumpletong form at mga dokumento sa pag-verify, magpapasya kami kung magiging kwalipikado ka para sa buo o bahagyang diskwento at ipapaalam namin ito sa iyo sa pamamagitan ng sulat. Posibleng tumawag at/o sumulat kami sa iyo kung may mga tanong kami tungkol sa iyong aplikasyon.

<b>Iyong Pangalan (Apelyido, Pangalan, Gitnang Pangalan)</b>	
<b>Petsa ng Kapanganakan (buwan/araw/taon)</b>	
<b>Huling Apat na Digit ng Numero ng Social Security</b>	
<b>E-mail Address</b>	<input type="checkbox"/> Maglagay ng check dito upang pumayag na makatanggap ng mga komunikasyon tungkol sa aplikasyong ito sa pamamagitan ng ligtas na e-mail.
<b>Address sa Koreo</b>	
<b>Numero ng Telepono</b>	
<b>Gustong Wika</b>	

**May mga tanong ka ba o kailangan mo ba ng tulong sa form na ito?** Tumawag sa Patient Access Department ng Health System ng County ng Santa Clara sa 1-408-494-7850 o 1-888-524-3317 (TTY: 711) (8am hanggang 4:30pm, Lunes hanggang Biyernes) o sa Health Consumer Alliance sa 1-888-804-3536 para sa libreng tulong.

<p><b>Mga Espesyal na Sitwasyon</b></p> <p>Pakilagyan ng check ang isa sa mga kahon sa kanan kung naaangkop ito.</p>	<p><input type="checkbox"/> Patay na ang taong may account na naipadala sa mga koleksyon.</p> <p><input type="checkbox"/> Naging transient o wala akong bahay sa pagitan ng Oktubre 28, 2018 at Disyembre 31, 2021 (tukuyin ang mga petsa, sa abot ng iyong naaalala):</p>
<p><b>Estado ng Sambahayan</b></p> <p>Lagyan ng check ang kahon para sa bawat miyembro sa iyong pamilya sa pagitan ng Oktubre 28, 2018 at Disyembre 31, 2021.</p> <p>Kung nagbago ang bilang o estado ng mga miyembro ng iyong pamilya sa panahong ito (halimbawa, kung nag-divorce kayo ng iyong asawa o naging 21 taong gulang na ang isang anak), mangyaring ipaliwanag sa puwang na ibinigay.</p>	<p><input type="checkbox"/> Asawa o kinakasama</p> <p><input type="checkbox"/> Mga umaasang anak na wala pang 21 taong gulang, nakatira man sa bahay o hindi</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Bilang ng mga anak: _____</p> <p>Kabuuang bilang ng mga indibidwal, kasama ka:</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p><input type="checkbox"/> Mga nagbagong sitwasyon (kung naaangkop):</p>
<p><b>(Mga) Taon kung Kailan Napunta sa Mga Koleksyon ang Iyong (Mga) Bayarin</b></p> <p>Lagyan ng check ang (mga) taon kung kailan napunta sa mga koleksyon ang iyong (mga) bayarin.</p> <p>Kung hindi ka sigurado kung kailan napunta sa mga koleksyon ang iyong (mga) bayarin, mangyaring tumawag sa amin sa 1-408-494-7850 o 1-888-524-3317 (TTY: 711) (8am hanggang 4:30pm, Lunes hanggang Biyernes) para sa tulong sa pagsagot sa form na ito o piliin ang “Hindi ko alam.”</p>	<p><input type="checkbox"/> 2018</p> <p><input type="checkbox"/> 2019</p> <p><input type="checkbox"/> 2020</p> <p><input type="checkbox"/> 2021</p> <p><input type="checkbox"/> Hindi ko alam</p>

<p><b>Kita</b></p> <p>Ibigay, sa abot ng iyong kaalaman, ang iyong <b>kabuuang kita ng pamilya</b> para sa bawat taon na nagkaroon ka ng (mga) bayaring napunta sa mga koleksyon (ang (mga) taon na nilagyan mo ng check sa itaas).</p> <p>Para sa bawat taon na nagkaroon ka ng (mga) bayarin na napunta sa mga koleksyon, kailangan mong idagdag ang kita ng bawat miyembro ng pamilya na inilista mo sa itaas, kasama ang iyong sarili.</p> <p><b>Kalkulahin</b> ang bayad mula sa trabaho bago kaltasan ng mga buwis at deduksyon, kita mula sa pagpapatakbo ng negosyo, mga pagbabayad ng Social Security, bayad para sa kawalan ng trabaho, kita mula sa interes at mga dibidendo, at kita mula sa real estate o personal na ari-arian.</p> <p><b>Huwag kalkulahin</b> ang alimonya o mga pagbabayad para sa suporta sa anak.</p> <p>Kung hindi ka sigurado kung kailan napunta sa mga koleksyon ang iyong (mga) bayarin, mangyaring tumawag sa amin sa 1-408-494-7850 o 1-888-524-3317 (TTY: 711) (8am hanggang 4:30pm, Lunes hanggang Biyernes) para sa tulong sa pagsagot sa form na ito, o ibigay ang iyong kabuuang kita ng pamilya para sa bawat taon na nakalista.</p>	<p>Ito ang sa akin at ang sa aking pamilya:</p> <p><input type="checkbox"/> taunang kita  <input type="checkbox"/> buwanang kita</p> <p>Kabuuang halaga:</p> <p>2018: \$ _____  2019: \$ _____  2020: \$ _____  2021: \$ _____</p>
<p><b>PAG-VERIFY NG KITA</b></p> <p>Patunay ito ng iyong kabuuang kita ng pamilya sa (mga) taon kung kailan napunta sa mga koleksyon ang iyong (mga) bayarin.</p>	<p>Sumasang-ayon akong magbigay, para sa bawat naaangkop na taon, ng kopya ko at ng bawat miyembro ng aking pamilya ng (pumili ng kahit isa):</p> <p><input type="checkbox"/> Mga tax return  <input type="checkbox"/> Mga pay stub  <input type="checkbox"/> Iba pang opisyal na dokumentasyon ng kita  <input type="checkbox"/> Hindi sigurado, naghahanap pa rin ako ng mga dokumento</p>
<p><b>PAG-VERIFY NG PAGKAKAKILANLAN</b></p> <p>Patunay ito ng iyong pagkakakilanlan (kasama ang iyong larawan). Kasama sa mga halimbawa ang lisensya sa pagmamaneho, pasaporte, iba pang ID na ibinigay ng pamahalaan, o ID sa trabaho o paaralan.</p>	<p>Sumasang-ayon akong magbigay ng kopya ng aking (pumili ng isa):</p> <p><input type="checkbox"/> Lisensya sa pagmamaneho o pasaporte  <input type="checkbox"/> Iba pang ID na ibinigay ng pamahalaan  <input type="checkbox"/> Iba pang photo ID:  _____</p> <p><input type="checkbox"/> Hindi sigurado, naghahanap pa rin ako ng mga dokumento</p>

<p><b>PAG-VERIFY NG TIRAHAN</b></p> <p>Patunay ito ng iyong tinitirhang county para sa (mga) taon na nilagyan mo ng check sa itaas.</p> <p>Kung hindi ka sigurado kung kailan napunta sa mga koleksyon ang iyong (mga) bayarin, mangyaring magbigay ng patunay ng tirahan kahit kailan sa pagitan ng Oktubre 28, 2018 at Disyembre 31, 2021. Kung nagbago ang iyong tinitirhang county sa panahong ito, mangyaring lagyan din ng check ang kahon sa kanan.</p>	<p>Magbibigay ako ng kopya ng aking (pumili ng isa):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Kontrata sa upa/lease/statement ng mortgage</li> <li><input type="checkbox"/> Bayarin sa utility</li> <li><input type="checkbox"/> Lisensya sa pagmamaneho o pagpaparehistro ng sasakyan</li> <li><input type="checkbox"/> Iba pa: _____</li> <li><input type="checkbox"/> Hindi sigurado, naghahanap pa rin ako ng mga dokumento</li> </ul> <p><input type="checkbox"/> Nagbago ang aking tinitirhang county sa pagitan ng Oktubre 28, 2018 at Disyembre 31, 2021</p>
--	---

Pinatutunayan ko na totoo at tama ang impormasyong ibinigay ko.

\_\_\_\_\_  
Petsa

\_\_\_\_\_  
Lagda

**FINANCIAL ASSISTANCE APPLICATION FOR PATIENTS  
WHOSE BILLS FOR HOSPITAL SERVICES WENT TO COLLECTIONS  
BETWEEN OCTOBER 28, 2018 AND DECEMBER 31, 2021**

Complete and return this form along with the required verifying documents by:



- Mailing or personally delivering them to:  
**770 S. Bascom Avenue, San José, CA 95128**
- Faxing them to: **1-408-494-7848**
- E-mailing them to: **FinancialAssistance@hhs.sccgov.org**

*Note: If you choose to e-mail your application, we recommend that you encrypt your message to protect the privacy and security of your personal documents.*

To qualify for financial assistance, you must complete all 3 pages of this form and return them to the County within 65 days of the date on the accompanying notice (Document No. 22223). You will then have an additional 150 days to submit the documents specified on the following page to verify your income, identity, and residency. The exact due dates are in the notice.

After we receive your completed form and verifying documents, we will make a decision about whether you qualify for a full or partial discount and let you know in writing. We may call and/or write to you if we have questions about your application.

<b>Your Name (Last, First, Middle)</b>	
<b>Date of Birth (month/day/year)</b>	
<b>Last Four Digits of Your Social Security Number</b>	
<b>E-mail Address</b>	<input type="checkbox"/> Check here to consent to receive communications regarding this application by secure e-mail.
<b>Mailing Address</b>	
<b>Phone Number</b>	
<b>Preferred Language</b>	

**Do you have questions or need help with this form?** Call the County of Santa Clara Health System Patient Access Department at 1-408-494-7850 or 1-888-524-3317 (TTY: 711) (8am to 4:30pm, Monday to Friday) or the Health Consumer Alliance at 1-888-804-3536 for free assistance.

<p><b>Special Circumstances</b></p> <p>Please check one of the boxes to the right if it applies.</p>	<p><input type="checkbox"/> The person whose account was sent to collections is now deceased.</p> <p><input type="checkbox"/> I was transient or homeless at some point between October 28, 2018 and December 31, 2021 (specify dates, to the best of your recollection):</p>
<p><b>Household Status</b></p> <p>Check the box for each member in your family between October 28, 2018 and December 31, 2021.</p> <p>If the number or status of your family members changed during this time period (for example, if you and your spouse divorced or a child turned 21), please explain in the space provided.</p>	<p><input type="checkbox"/> Spouse or domestic partner</p> <p><input type="checkbox"/> Dependent children under 21 years of age, whether living at home or not</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Number of children: _____</p> <p style="padding-left: 40px;">Total number of individuals, including you:</p> <p style="padding-left: 80px;">_____</p> <p><input type="checkbox"/> Changed circumstances (if applicable):</p>
<p><b>Year(s) Your Bill(s) Went to Collections</b></p> <p>Check the year(s) that your bill(s) went to collections.</p> <p>If you are not sure when your bill(s) went to collections, please call us at 1-408-494-7850 or 1-888-524-3317 (TTY: 711) (8am to 4:30pm, Monday to Friday) for help filling out this form or select "I do not know."</p>	<p><input type="checkbox"/> 2018</p> <p><input type="checkbox"/> 2019</p> <p><input type="checkbox"/> 2020</p> <p><input type="checkbox"/> 2021</p> <p><input type="checkbox"/> I do not know</p>

<p><b>Income</b></p> <p>Provide, to the best of your knowledge, your <b>total gross family income</b> for each year you had bill(s) that went to collections (the year(s) you checked above).</p> <p>For each year you had bill(s) that went to collections, you need to add the income of each family member you listed above, including yourself.</p> <p><b>Do count</b> pay from work before taxes and deductions, income from operating a business, Social Security payments, unemployment compensation, income from interest and dividends, and income from real estate or personal property.</p> <p><b>Do not count</b> alimony or child support payments.</p> <p>If you are not sure when your bill(s) went to collections, please call us at 1-408-494-7850 or 1-888-524-3317 (TTY: 711) (8am to 4:30pm, Monday to Friday) for help filling out this form, or provide your total gross family income for every year listed.</p>	<p>This was my and my family's:</p> <p><input type="checkbox"/> annual (yearly) income</p> <p><input type="checkbox"/> monthly income</p> <p>Total amount:</p> <p>2018: \$ _____</p> <p>2019: \$ _____</p> <p>2020: \$ _____</p> <p>2021: \$ _____</p>
<p><b>INCOME VERIFICATION</b></p> <p>This is proof of your total gross family income in the year(s) your bill(s) for hospital services went to collections.</p>	<p>I agree to provide, for each applicable year, a copy my and each of my family member's (choose at least one):</p> <p><input type="checkbox"/> Tax returns</p> <p><input type="checkbox"/> Pay stubs</p> <p><input type="checkbox"/> Other official income documentation</p> <p><input type="checkbox"/> Unsure, I am still searching for documents</p>
<p><b>IDENTITY VERIFICATION</b></p> <p>This is proof of your identity (including your photo). Examples include a driver's license, passport, other government-issued ID, or work or school ID.</p>	<p>I agree to provide a copy of my (choose one):</p> <p><input type="checkbox"/> Driver's license or passport</p> <p><input type="checkbox"/> Other government-issued ID</p> <p><input type="checkbox"/> Other photo ID: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Unsure, I am still searching for documents</p>
<p><b>RESIDENCY VERIFICATION</b></p> <p>This is proof of your county of residence for the year(s) you checked above.</p> <p>If you are unsure about when your bill(s) went to collections, please provide proof of residence for any time between October 28, 2018 and December 31, 2021. If your county of residence changed during this time, please also check the box to the right.</p>	<p>I will provide a copy of my (choose one):</p> <p><input type="checkbox"/> Rental contract/lease/mortgage statement</p> <p><input type="checkbox"/> Utility bill</p> <p><input type="checkbox"/> Driver's license or vehicle registration</p> <p><input type="checkbox"/> Other: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Unsure, I am still searching for documents</p> <p><input type="checkbox"/> My county of residence changed between October 28, 2018 and December 31, 2021</p>

I affirm that the information I have provided is true and correct.

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature