

محل بیمارستان یا کلینیک: محل دریافت خدمات درمانی (در گذشته یا آینده) توسط بیمار را انتخاب کنید

A

بیمارستان HF Macomb H

بیمارستان HF Kingswood

بیمارستان Henry Ford

بیمارستان HF Allegiance

بیمارستان HF West Bloomfield

مراکز پزشکی HF

سایر مکان ها، لطفاً مشخص کنید (_____)

بیمارستان HF Wyandotte یا مرکز سلامت Brownstown HF

اطلاعات بیمار: لطفاً این بخش را در رابطه با بیماری که خدمات را دریافت می کند تکمیل کنید

B

نام بیمار: _____ تاریخ تولد: _____ شماره سوابق پزشکی (MRN): _____ شماره سوشال سکيوریتی: _____ شماره ضامن: _____

طرف مسئول (ضامن): این بخش را در مورد فردی که هزینه قبض های پزشکی را پرداخت می کند تکمیل کنید

C

نام طرف مسئول: _____ (اگر با بخش B متفاوت است)
ارتباط با بیمار: _____
خیابان: _____ تلفن: _____
شهر: _____ ایالت: _____ کد پستی: _____ کانتی: _____
کارفرما: _____ تمام وقت نیمه وقت
تلفن محل کار: _____

تأیید و اجد شرایط بودن از طرف شرکت بیمه سلامت

D

<p>بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p>	<p>4. آیا کارفرما یا کارفرمای همسرتان، بیمه سلامت گروهی دارد؟</p> <p>a4. در 3 تا 6 ماه گذشته از طرف کارفرما تحت پوشش بیمه بوده اید؟</p> <p>اگر پاسخستان بله است، از COBRA استفاده کردید؟</p>	<p>بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p>	<p>1. آیا تابحال برای Medicare و Medicaid اقدام کرده اید، یا درخواستتان برای این بیمه ها رد شده است؟</p> <p>a1. Medicare Part A b1. Medicare Part B c1. Medicare Part C d1. Medicaid</p> <p>اگر درخواستتان برای Medicaid رد شده است، این مسئله مربوط به 90 روز گذشته است؟</p>
<p>بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p>	<p>5. آیا بیمه سلامت دیگری دارید؟</p> <p>اگر پاسخستان بله است، اطلاعات بیمه را ارائه کنید:</p>	<p>بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p>	<p>2. آیا برای خدمات مرتبط با موارد زیر برای کمک مالی اقدام کرده اید:</p> <p>a2. تصادف با وسایل سواری موتوری (MVA) b2. قربانی جنایت c2. جبران خسارت کارگری d2. سایر جراحات ها (مانند زمین خوردن)</p>
<p>بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p>	<p>6. آیا مقیم دائم هستید که در منطقه خدماتی Henry Ford Health System زندگی می کنید؟</p>	<p>بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p>	

اعضای خانواده و درآمد حاصل از اشتغال اعضای خانواده

E

اعضای خانواده تان چند نفر هستند؟ _____

هرکدام از اعضای خانواده که درآمد کسب می کنند را نام ببرید (در صورت نیاز صفحه دیگری را اضافه کنید):

نام اعضای خانواده	ارتباط با متقاضی	درآمد ناخالص ماهیانه (قبل از کسر هزینه ها)
		\$
		\$
		\$
		\$
	کل درآمد ناخالص ماهیانه	\$

دارایی های خانواده

G

سایر درآمدهای خانواده (غیر شاغل)

F

مقدار کل	نوع دارایی
\$	نقدینگی
\$	حساب پس انداز
\$	حساب جاری
\$	سهام
\$	اوراق قرضه
\$	اوراق پس انداز
\$	گواهی سپرده (CD)
\$	حساب های بازار پول
\$	منابع مالی مشترک
\$	صندوق های پول
\$	کل دارایی ها

مقدار در هر ماه	سایر منابع درآمد
\$	حمایت کودک/کمک هزینه قانونی (نفقه)
\$	حمایت از فرزند خوانده، کمک به نیازمندان شهر، درآمد از محل کلیسا، و سایر موارد.
\$	حق بازنشستگی، سوشال سکوریتی، حق ناتوانی از محل سوشال سکوریتی
\$	کرایه ملک
\$	مقرری های سالیانه، سود، توزیع حق بازنشستگی
\$	حق بیکاری یا جبران خسارت کارگری
\$	موارد دیگر (لطفاً مشخص کنید)
\$	مبلغ کل سایر منابع درآمد

هزینه های ماهیانه خانواده

H

مقدار در هر ماه	نوع هزینه
\$	کرایه
\$	رهن
\$	حمایت کودک
\$	خرید مواد غذایی
\$	هزینه ماشین
\$	قبض های خانگی
\$	مقدار کل هزینه های ماهیانه خانواده:

من در اینجا اجازه می دهم اطلاعات موجود در این فرم درخواست در اختیار Henry Ford Health System (HFHS) قرار بگیرد تا واجد شرایط بودن من را برای کمک مالی بر اساس قوانین و مقررات HFHS مورد بررسی قرار دهد. من به HFHS اجازه می دهم در صورت لزوم صحت این اطلاعات را مورد بررسی قرار دهد، که شامل و نه محدود به دریافت گزارش از دفتر اعتبارات، تأیید وضعیت اشتغال و / یا درآمد، و دریافت اسناد مربوطه در تأیید این موارد است. همه اطلاعات و اسناد مربوط به درآمد که توسط من در این درخواست ارائه شده اند، واقعی، و صحیح و کامل هستند. اگر در هر زمان مشخص شود که اطلاعات ارائه شده از طرف من اشتباه و غیر واقعی هستند، کلیه کمک های مالی برگردانده می شوند، و من هرگونه مسئولیت در قبال پرداخت کامل و فوری هرگونه بدهی معوقه را می پذیرم. همچنین موافق هستم که مسئولیت پرداخت هرگونه بدهی معوقه بعد از لحاظ شدن تخفیف های جزئی مرتبط با کمک مالی را بپذیرم.

نام به صورت خوانا: _____

ارتباط با بیمار: _____

امضا: _____

تاریخ: _____

لطفاً تأیید کنید که همه اسناد مربوطه و مورد نیاز را قبل از ارسال درخواست، تکمیل کرده اید و ارائه کرده اید:

<input type="checkbox"/> همه صفحه های این درخواست را پر کنید، امضا و تاریخ را نیز اضافه کنید	<input type="checkbox"/> آخرین فرم مالیاتی و درآمد (فرم W-2) و "سایر درآمدها" (فرم 1099)	<input type="checkbox"/> فیش پرداخت 2 ماه اخیر با درآمدهای سالیانه هرکدام از اعضای خانواده تا تاریخ زمان حال
<input type="checkbox"/> فرم برگشت مالیات بر درآمد برای سال گذشته (فرم 1040)	<input type="checkbox"/> کپی گواهینامه رانندگی معتبر ایالت میشیگان یا کارت شناسایی ایالت میشیگان	<input type="checkbox"/> صورت حساب بانکی برای دو ماه اخیر: حساب های جاری/پس انداز
<input type="checkbox"/> گواهی مربوط به هر منبع درآمد دیگر (درآمد حاصل از کرایه، و سایر موارد)	<input type="checkbox"/> کپی کارت های بیمه پزشکی در صورتی که بیمه داشته باشید	<input type="checkbox"/> کپی نامه عدم پذیرش Medicaid، در صورتی که اقدام کرده باشید و درخواستتان رد شده باشد

توجه داشته باشید که برای ارزیابی های بیشتر درخواستتان، ممکن است صورت حساب مالی شخصی لازم باشد.