

患者财务援助

A. 医院或诊所地点

请选择患者接受或将要接受治疗的地点：

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Henry Ford (HF) Hospital | <input type="checkbox"/> HF West Bloomfield Hospital |
| <input type="checkbox"/> HF Kingswood Hospital | <input type="checkbox"/> HF Wyandotte 或 HF Health Center Brownstown |
| <input type="checkbox"/> HF Macomb Hospital | <input type="checkbox"/> 其他, 请注明: _____ |
| <input type="checkbox"/> HF Medical Centers | |
| <input type="checkbox"/> HF Jackson Hospital | |

B. 患者信息

请在本段填写有关接受护理的患者的信息：

患者姓名: _____

出生日期 (Date of Birth, DOB): _____ 医疗记录编号: _____

社会安全号码: _____

担保人 ID 号码: _____

C. 责任方 (担保人)

请在本段填写有关医疗费用支付人的信息：

责任方姓名 (如与 B 部分不同, 请填写) : _____

与患者的关系: _____

街道地址: _____

城市、州、邮编、国家: _____

电话号码: _____ 办公电话: _____

雇主: _____ 全职 兼职

D. 健康保险资格验证

请对以下每个问题选择“是”或“否”：

1. 您是否申请过 Medicare 或被其拒绝过?	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
a. Medicare A 部分?	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
b. Medicare B 部分?	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
c. Medicare C 部分?	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
2. 您是否申请过 Medicaid 或被其拒绝过?	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
a. 如果您被拒绝, 拒绝时间是否在最近 90 天内?	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
3. 您是否在申请与以下方面相关的援助服务?		
a. 机动车交通事故 (Motor vehicle accident, MVA)?	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
b. 犯罪受害者?	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
c. 工伤赔偿?	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
d. 其他伤害 (例如滑倒和跌倒)?	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
4. 您或您配偶的雇主是否提供团体健康保险?	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
5. 您在最近 3 至 6 个月内是否已通过您或您配偶的雇主获取保险?	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
a. 如勾选“是”, 您是否可以享受《统一综合预算调节法案》(Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA) 的福利?	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
6. 您是否还参加了其他健康保险?	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
a. 如勾选“是”, 请提供保险信息:		
7. 您是住在 Henry Ford Health 服务区域内的永久居民吗?	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否

E. 家庭成员和家庭就业收入

请填写本部分有关患者家庭的信息：

您家有几口人? _____

请列出任何有收入的家庭成员 (如有需要, 请另附一张纸) :

家庭成员姓名	与患者的关系	每月总收入 (扣税前)
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$
每月总收入:		

F. 家庭其他收入

如果患者有其他收入来源, 请填写本部分有关患者其他收入的信息:

其他收入来源	每月金额
子女抚养费/赡养费	\$
家庭寄养、城镇受托人、教会收入等	\$
养老金、社会保险、残疾人社会保险	\$
房屋出租	\$
年金、利息、退休金分配	\$
失业补偿或工伤赔偿	\$
其他 (请注明)	\$
其他收入来源总计	\$

G. 家庭资产

如果有家庭资产，请填写本部分有关患者家庭资产的信息：

资产类型	总计
现金	\$
储蓄账户	\$
支票账户	\$
股票	\$
债券	\$
储蓄债券	\$
定期存款 (Certificates of Deposit, CD)	\$
货币市场账户	\$
共同基金	\$
信托基金	\$
总资产	\$

H. 每月家庭支出

如果有家庭支出，请填写本部分有关患者家庭支出的信息：

支出类型	每月金额
租金	\$
抵押贷款	\$
子女抚养费	\$
生活用品	\$
养车费用	\$
一般费用	\$
每月家庭总支出	\$

I. 授权声明

本人特此授权 Henry Ford Health (HFH) 根据 HFH 的政策和程序公开本申请表中的信息，以确定本人是否有资格获得援助。本人授权 HFH 在必要时验证这些信息，其采用的措施包括但不限于获得征信机构报告、核实就业情况和/或收入，以及获取相关证明文件。本人在此申请书中提供的所有信息及收入证明文件均真实、准确、完整。如果 HFH 在任何时候确定本人提供了虚假或不准确的信息，则本人所有的财务援助都将撤销，并且本人将负责立即全额支付任何或全部未结清余额。本人也同意承担任何部分财务援助折扣后任何应付款项的支付责任。

正楷姓名： _____

与患者的关系： _____

签名： _____

日期： _____

在交回申请之前，请确认您已填写本文件并提供处理申请所需的所有适用文件：

- 已填妥申请表的所有页面，包括签名和日期。
- 已随附您最近一年的工资和税单（表 W-2）和杂项收入（表 1099）。
- 已随附最近两个月的工资单，其中包含每位家庭成员年初至今的收入。
- 已随附您最近一年的联邦所得税退税信息（表 1040）。
- 已随附密歇根州驾驶执照或密歇根州身份证副本。
- 已随附您最近两个月的银行对账单：支票/存款。
- 已随附其他收入证明（例如，房租收入等）。
- 如果您有医疗保险，则已随附医疗保险卡副本。
- 已随附 Medicaid 拒绝函副本（如果您已申请并遭到拒绝）。

请注意，为便于进一步评估您的申请，您可能需要提供一份个人财务需求声明。