

患者財務援助

A. 醫院或診所地點

請選擇患者接受或將要接受治療的地點：

- | | |
|---|---|
| <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，請注明：
_____ |
| <input type="checkbox"/> HF Medical Centers | |
| <input type="checkbox"/> HF Jackson Hospital | |

B. 患者資訊

請填寫本部分有關接受護理的患者的資訊：

患者姓名：_____

出生日期 (Date of Birth, DOB)：_____ 醫療記錄號碼：_____

社會安全號碼：_____

擔保人 ID 號碼：_____

C. 責任方（擔保人）

請填寫本部分有關醫療費用支付人的資訊：

責任方姓名（如與 B 部分不同，請填寫）：_____

與患者的關係：_____

街道地址：_____

城市、州、郵遞區號、國家：_____

電話號碼：_____ 辦公電話：_____

雇主：_____ 全職 兼職

D. 健康保險資格驗證

請對以下每個問題選擇“是”或“否”：

1. 您是否申請過 Medicare 或被其拒絕過？	<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. 您是否申請過 Medicaid 或被其拒絕過？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
a. 如果您被拒絕，拒絕時間是否在最近 90 天內？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
3. 您是否在申請與以下方面相關的援助服務？		
a. 機動車交通事故 (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. 工傷賠償？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
d. 其他傷害（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團體健康保險？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
5. 您在最近 3 至 6 個月內是否已透過您或您配偶的雇主獲取保險？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
a. 如勾選「是」，您是否可以享受《統一綜合預算調節法案》(Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA) 的福利？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
6. 您是否還投保了其他健康保險？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
a. 如勾選「是」，請提供保險資訊：		
7. 您是住在 Henry Ford Health 服務區域內的永久居民嗎？	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否

E. 家庭成員和家庭就業收入

請填寫本部分有關患者家庭的資訊：

您家有幾口人？_____

請列出任何有收入的家庭成員（如有需要，請另附一張紙）：

家庭成員姓名	與患者的關係	每月總收入 (扣稅前)
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$
每月總收入：		

F. 家庭其他收入

如果患者有其他收入來源，請填寫本部分有關患者其他收入的資訊：

其他收入來源	每月金額
子女撫養費/贍養費	\$
家庭寄養、城鎮受託人、教會收入等	\$
養老金、社會保險、殘疾人社會保險	\$
房屋出租	\$
年金、利息、退休金分配	\$
失業補償或工傷賠償	\$
其他（請注明）	\$
其他收入來源總計	\$

G. 家庭資產

如果有家庭資產，請填寫本部分有關患者家庭資產的資訊：

資產類型	總計
現金	\$
儲蓄帳戶	\$
支票帳戶	\$
股票	\$
債券	\$
儲蓄債券	\$
定期存款 (Certificates of Deposit, CD)	\$
貨幣市場帳戶	\$
共同基金	\$
信託基金	\$
總資產	\$

H. 每月家庭支出

如果有家庭支出，請填寫本部分有關患者家庭支出的資訊：

支出類型	每月金額
租金	\$
抵押貸款	\$
子女撫養費	\$
生活用品	\$
養車費用	\$
一般費用	\$
每月家庭總支出	\$

I. 授權聲明

本人特此授權 Henry Ford Health (HFH) 根據 HFH 的政策和程式公開本申請表中的資訊，以確定本人是否有資格獲得援助。本人授權 HFH 在必要時驗證這些資訊，其採用的措施包括但不限於獲得征信機構報告、核實就業情況和/或收入，以及獲取相關證明檔。本人在此申請表中提供的所有資訊及收入證明檔均真實、準確、完整。如果 HFH 在任何時候確定本人提供了虛假或不準確的資訊，則本人所有的財務援助將撤銷，並且本人將負責立即全額支付任何或全部未結清餘額。本人也同意承擔任何部分財務援助折扣後任何應付款項的支付責任。

正楷姓名：_____

與患者的關係：_____

簽名：_____

日期：_____

在交回申請之前，請確認您已填寫本檔並提供處理申請所需的所有適用檔：

- 已填妥申請表的所有頁面，包括簽名和日期。
- 已隨附您最近一年的工資和稅單（表 W-2）和雜項收入（表 1099）。
- 已隨附最近兩個月的工資單，其中包含每位家庭成員年初至今的收入。
- 已隨附您最近一年的聯邦所得稅退稅資訊（表 1040）。
- 已隨附密西根州駕駛執照或密西根州身分證副本。
- 已隨附您最近兩個月的銀行對帳單：支票/存款。
- 已隨附其他收入證明（例如，房租收入等）。
- 如果您有醫療保險，則已隨附醫療保險卡副本。
- 已隨附 Medicaid 拒絕函副本（如果您已申請並遭到拒絕）。

請注意，為便於進一步評估您的申請，您可能需要提供一份個人財務需求聲明。