

A. अस्पताल या क्लिनिक का स्थान

Hospital or Clinic Location

उस स्थान का चयन करें जहां रोगी को देखभाल प्राप्त हुई या प्राप्त होगी:

Select the location(s) where the patient received or will receive care:

Henry Ford (HF) Hospital

HF Kingswood Hospital

HF Macomb Hospital

HF Medical Centers

HF Jackson Hospital

HF West Bloomfield Hospital

HF Wyandotte या HF Health Center Brownstown

अन्य, कृपया निर्दिष्ट करें:

Other, please specify:

B. रोगी की जानकारी:

Patient Information

कृपया देखभाल प्राप्त करने वाले रोगी के संबंध में इस अनुभाग को पूरा करें:

Complete this section about the patient receiving care:

रोगी का नाम: _____

Patient Name:

जन्म तिथि (DOB): _____ मेडिकल रिकॉर्ड नंबर: _____

Date of Birth (DOB):

Medical Record Number:

सामाजिक सुरक्षा संख्या: _____

Social Security Number:

गारंटर आईडी नंबर: _____

Guarantor ID Number:

C. ज़िम्मेदार वाला पक्ष (गारंटर):

Responsible Party (Guarantor)

कृपया चिकित्सा बिल का भुगतान करने वाले व्यक्ति के संबंध में इस अनुभाग को पूरा करें:

Complete this section about the person paying the medical bill:

ज़िम्मेदार पार्टी का नाम (अगर सेक्शन B से अलग हो): _____

Responsible Party Name (if different than section B):

रोगी के साथ संबंध: _____

Relationship to Patient:

गली (स्ट्रीट) का पता: _____

Street Address:

शहर, राज्य, पिन कोड, देश: _____

City, State, Zip Code, Country:

फ़ोन नंबर: _____ दफ़्तर का फ़ोन नंबर: _____

Phone Number:

Work Phone Number:

नियोक्ता: _____ फुल टाइम पार्ट टाइम:

Employer:

Full Time

Part Time

D. स्वास्थ्य बीमा पात्रता सत्यापन

Health Insurance Eligibility Verification

निम्नलिखित प्रत्येक प्रश्न के लिए 'हाँ' या 'नहीं' चुनें:

Select 'yes' or 'no' for each of the following questions:

1. क्या आपने Medicare के लिए आवेदन किया है या अस्वीकार कर दिया गया है? Have you applied or been denied for Medicare?	<input type="checkbox"/> हां Yes	<input type="checkbox"/> नहीं No
a. Medicare पार्ट A Medicare Part A?	<input type="checkbox"/> हां Yes	<input type="checkbox"/> नहीं No
b. Medicare पार्ट B Medicare Part B?	<input type="checkbox"/> हां Yes	<input type="checkbox"/> नहीं No
c. Medicare पार्ट C Medicare Part C?	<input type="checkbox"/> हां Yes	<input type="checkbox"/> नहीं No
2. क्या आपने Medicaid के लिए आवेदन किया है या अस्वीकार कर दिया गया है? Have you applied or been denied for Medicaid?	<input type="checkbox"/> हां Yes	<input type="checkbox"/> नहीं No
a. अगर आपको इनकार किया गया था, तो क्या इनकार पिछले 90 दिनों के अंदर किया गया था? If you were denied, was the denial within the last 90 days?	<input type="checkbox"/> हां Yes	<input type="checkbox"/> नहीं No

3. क्या आप निम्न से संबंधित वित्तीय सहायता सेवाओं के लिए आवेदन कर रहे हैं: Are you applying for financial assistance services related to:	<input type="checkbox"/> हां Yes	<input type="checkbox"/> नहीं No
a. मोटर वाहन दुर्घटना? Motor vehicle accident (MVA)?	<input type="checkbox"/> हां Yes	<input type="checkbox"/> नहीं No
b. अपराध पीड़ित? Crime victim?	<input type="checkbox"/> हां Yes	<input type="checkbox"/> नहीं No
c. श्रमिक मूआवजा? Workers compensation?	<input type="checkbox"/> हां Yes	<input type="checkbox"/> नहीं No
d. अन्य चोट (उदाहरण के लिए, फिसलकर गिरना)? Other injury (for example, slip and fall)?	<input type="checkbox"/> हां Yes	<input type="checkbox"/> नहीं No
4. क्या आपका नियोक्ता या आपके पति या पत्नी का नियोक्ता समूह स्वास्थ्य बीमा उपलब्ध कराता है? Does your employer or spouse's employer offer group health insurance?	<input type="checkbox"/> हां Yes	<input type="checkbox"/> नहीं No
5. क्या आपको अपने नियोक्ता के माध्यम से पिछले 3 से 6 महीनों में बीमा प्राप्त हुआ? नियोक्ता: Did you have coverage in the last 3 to 6 months through your employer or spouse's employer?	<input type="checkbox"/> हां Yes	<input type="checkbox"/> नहीं No
a. अगर हां, तो क्या COBRA आपके लिए उपलब्ध है? If yes, is COBRA available to you?	<input type="checkbox"/> हां Yes	<input type="checkbox"/> नहीं No
6. क्या आपके पास कोई दूसरा स्वास्थ्य बीमा है? Do you have any other health insurance?	<input type="checkbox"/> हां Yes	<input type="checkbox"/> नहीं No
a. यदि हाँ, तो कृपया बीमा की जानकारी दें: If yes, please provide the insurance information:		
7. क्या आप एक स्थायी निवासी हैं जो Henry Ford Health सेवा क्षेत्र के भीतर निवास करते हैं? Are you a permanent resident who lives within the Henry Ford Health service area?	<input type="checkbox"/> हां Yes	<input type="checkbox"/> नहीं No

E. घरेलू सदस्य और घरेलू रोजगार से हुई आय

Household Members and Household Employment Income

रोगी के परिवार के बारे में इस अनुभाग को पूरा करें:

Complete this section about the patient's household:

आपके परिवार में कुल कितने लोग हैं? _____ कृपया कमाने वाले

परिवार के किसी भी सदस्य को सूचीबद्ध करें (अगर आवश्यक हो, तो एक और शीट अचैट करें):

How many people are in your household? _____ List any

household member who earns an income (attach another sheet if needed):

परिवार के सदस्य का नाम Household Member Name	रोगी के साथ संबंध: Relationship to Patient	मासिक सकल आय (कटौती से पहले) Monthly Gross Income (before deductions)
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$
कुल मासिक सकल आय Total Monthly Gross Income:		

F. अन्य घरेलू आय

Household Other Income

अगर ये आय के अन्य स्रोत हैं, तो रोगी की अन्य आय के बारे में इस अनुभाग को पूरा करें:

Complete this section about the patient's other income if these are other sources of income:

आय के अन्य स्रोत Other Income Sources	राशि प्रति माह Amount Per Month
बाल सहायता/गुजारा भत्ता Child Support/Alimony	\$
पालन पोषण संबंधी देखभाल, टाउनशिप ट्रस्टी, चर्च आय, आदि। Foster Care, Township Trustee, Church Income, etc.	\$
पेंशन, सामाजिक सुरक्षा, सामाजिक सुरक्षा विकलांगता Pension, Social Security, Social Security Disability	\$
किराये की संपत्ति Rental Property	\$
वार्षिक वृत्ति, ब्याज, सेवानिवृत्ति वितरण Annuities, Interest, Retirement Distribution	\$
बेरोजगारी या श्रमिक मुआवजा Unemployment or Worker's Compensation	\$
अन्य (कृपया निर्दिष्ट करें) Other (please specify)	\$
अन्य आय के कुल स्रोत Total Other Income Sources	\$

G. घरेलू संपत्ति

Household Assets

यदि ये घरेलू संपत्तियां हैं तो रोगी की घरेलू संपत्तियों के बारे में इस अनुभाग को पूरा करें:

Complete this section about the patient's household assets if these are household assets:

संपत्ति का प्रकार Type of Asset	कुल Total
नगद Cash	\$
बचत खाता Savings Account	\$
चालू खाता Checking Account	\$
स्टॉक Stocks	\$
बांड Bonds	\$
बचत बांड Savings Bonds	\$
जमा संबंधी प्रमाणपत्र Certificates of Deposit (CDs)	\$
मुद्रा बाजार खाता Money Market Accounts	\$
म्यूचुअल फंड्स Mutual Funds	\$
ट्रस्ट Trusts	\$
कुल संपत्ति Total Assets	\$

H. घरेलू मासिक खर्च

Monthly Household Expenses

अगर रोगी के घरेलू खर्च हैं, तो रोगी के घरेलू खर्च के संबंध में इस सेक्शन को पूरा करें:

Complete this section about the patient's household expenses if there are any household expenses:

खर्च का प्रकार Type of Expense	राशि प्रति माह Amount Per Month
किराया Rent	\$
ऋण भुगतान Mortgage	\$

बाल सहायता Child Support	\$
किराने का सामान Groceries	\$
वाहन का भुगतान Vehicle Payment	\$
सामान्य बिल General Bills	\$
घरेलू कुल मासिक खर्च: Total Monthly Household Expenses	\$

Authorization

मैं HFH संबंधी नीतियों और प्रक्रियाओं के अनुसार वित्तीय सहायता के लिए मेरी योग्यता की स्थिति तय करने के लिए इस आवेदन में निहित जानकारी को Henry Ford Health (HFH) को जारी करने के लिए अधिकृत करता/करती हूँ। मैं HFH को क्रेडिट ब्यूरो रिपोर्ट प्राप्त करने, रोज़गार और/या आय की पुष्टि करने और उपयुक्त सहायक दस्तावेज प्राप्त करने सहित सभी जानकारी को आवश्यक रूप से सत्यापित करने के लिए अधिकृत करता/करती हूँ, हालांकि यह जानकारी ऊपर वर्णित तथ्यों तक ही सीमित नहीं है। इस आवेदन में मेरे द्वारा दी गई सभी जानकारी और आय से संबंधित दस्तावेज सही, सटीक और दिखाए गए तरीके से पूर्ण हैं। अगर किसी भी समय ऐसा पाया जाता है कि मेरे द्वारा दी गई जानकारी गलत या असत्य थी, तो सभी वित्तीय सहायता उलट जाएगी, और मैं किसी भी और सभी बकाया शेष राशि के पूर्ण और तत्काल भुगतान के लिए ज़िम्मेदार होऊंगा/होउंगी। मैं किसी भी आंशिक वित्तीय सहायता छूट के बाद किसी भी राशि के लिए भुगतान करने की ज़िम्मेदारी स्वीकार करने के लिए सहमति देता/देती हूँ।

I hereby authorize the release of the information contained in this application to Henry Ford Health (HFH) for the determination of my eligibility status for financial assistance in accordance with HFH policies and procedures. I authorize HFH to verify this information as necessary, which may include but is not limited to, obtaining a credit bureau report, verifying employment and/or income, and obtaining appropriate supporting documents. All information and income documentation provided by me in this application is true, accurate and complete as shown. If it is determined at any time the information I provided was false or inaccurate, all financial assistance will be reversed, and I will accept responsibility for full and immediate payment of any and all outstanding balances. I also agree to accept payment responsibility for any amount due after any partial financial assistance discounts.

मुद्रित नाम: _____

Print Name:

रोगी के साथ संबंध: _____

Relationship to Patient:

हस्ताक्षर: _____

Signature:

तारीख: _____

Date:

कृपया सत्यापित करें कि आपने यह दस्तावेज़ पूरा कर लिया है और अपना आवेदन वापस करने से पहले अपने अनुरोध को संसाधित करने के लिए आवश्यक सभी दस्तावेज़ प्रदान कर दिए हैं:

Please verify that you have completed this document and provided all applicable documentation needed to process your request before you return your application:

- हस्ताक्षर और तारीख सहित आवेदन के सभी पेजों को अच्छी तरह से पूरा किया
Completed all pages of application, including signature and date.
- आपके सबसे हाल के वर्ष का वेतन और कर विवरण (फॉर्म W-2) और/या अलग-अलग आय (फॉर्म 1099) अटैच किया गया है।
Attached your most recent year Wage and Tax Statements (Form W-2) and or Miscellaneous Income (Form 1099).
- परिवार के प्रत्येक सदस्य की वर्ष में अब तक की आय विवरण के साथ पिछले 2 महीनों का वेतन प्रपत्र।
Attached last 2 months of pay stubs with year-to-date earnings for each member of the household.
- सबसे हाल के वर्ष के लिए आपका संघीय आयकर रिटर्न (फॉर्म 1040) अटैच किया गया है।
Attached your Federal Income Tax return for the most recent year (form 1040).
- आपके Michigan ड्राइवर लाइसेंस या Michigan राज्य पहचान पत्र की एक प्रति अटैच की गई है।
Attached a copy of your Michigan driver's license or Michigan state identification card.
- आपके पिछले दो महीनों के हालिया बैंक विवरण अटैच किए गए हैं: चेकिंग/बचत।
Attached your last two months of recent bank statements: checking/savings.
- अन्य आय का अटैच किय गया प्रमाण (या उदाहरण: किराये की आय, वगैरह)
Attached proof of other income (or example: rental income, etc.)
- अगर आपके पास कवरेज है, तो चिकित्सा बीमा कार्ड की प्रतियां अटैच की गई हैं।
Attached copies of medical insurance cards if you have coverage.
- अगर आपने आवेदन किया था और मना कर दिया गया था, तो Medicaid मना करने वाले पत्र की एक प्रति शामिल की गई है।
Attached a copy of the Medicaid denial letter if you applied and were denied.

कृपया ध्यान दें, आपके आवेदन का आगे मूल्यांकन करने के लिए व्यक्तिगत वित्तीय आवश्यकता के विवरण की ज़रूरत हो सकती है।

Please note, a statement of personal financial need may be required to further evaluate your application.