

Assistenza finanziaria per i pazienti

A. Ubicazione dell'ospedale o della clinica

Selezionare la struttura (o le strutture) in cui il paziente ha ricevuto o riceverà le cure:

- | | |
|---|---|
| <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 o HF Health Center Brownstown |
| <input type="checkbox"/> HF Macomb Hospital | <input type="checkbox"/> Altro, specificare: _____ |
| <input type="checkbox"/> HF Medical Centers | |
| <input type="checkbox"/> HF Jackson Hospital | |

B. Informazioni sul paziente

Compilare questa sezione con i dati del paziente che riceve le cure:

Nome del paziente: _____

Data di nascita (Date of Birth, DOB): _____ Numero di cartella clinica: _____

Numero di previdenza sociale: _____

Numero identificativo del garante: _____

C. Soggetto responsabile (Garante)

Compilare questa sezione con i dati della persona che paga la fattura medica:

Nome del responsabile (se diverso dalla sezione B): _____

Natura del rapporto con il paziente: _____

Indirizzo (via): _____

Città, Stato, Codice postale, Paese: _____

Numero di telefono: _____ Numero di telefono del lavoro: _____

Datore di lavoro: _____ Tempo pieno Tempo parziale

D. Verifica dell'idoneità all'assicurazione sanitaria

Selezionare "sì" o "no" per ciascuna delle seguenti domande:

1. Ha presentato domanda per Medicare oppure questa le è stata respinta?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
a. Medicare Parte A?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
b. Medicare Parte B?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
c. Medicare Parte C?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
2. Ha presentato domanda per Medicaid oppure questa le è stata respinta?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
a. Se la domanda è stata respinta, il rifiuto è avvenuto negli ultimi 90 giorni?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
3. Sta richiedendo servizi di assistenza finanziaria correlati a:		
a. Incidente automobilistico (Motor vehicle accident, MVA)?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
b. Reato di cui si è stati vittima?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
c. Infortunio sul lavoro?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
d. Altri infortuni (es., cadute accidentali)?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
4. Il datore di lavoro suo o del suo coniuge offre un'assicurazione sanitaria di gruppo?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
5. Ha usufruito di una copertura negli ultimi 3-6 mesi tramite il suo datore di lavoro o il datore di lavoro del suo coniuge?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
a. Se sì, usufruisce di copertura consolidata (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA)?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
6. Possiede un'altra assicurazione sanitaria?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
a. Se sì, fornisca i dati dell'assicurazione:		
7. È residente permanente e vive nell'area servita dall'Henry Ford Health?	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No

E. Componenti del nucleo familiare e redditi da lavoro della famiglia

Compilare questa sezione con i dati dei familiari del paziente:

Quante persone ci sono nel suo nucleo familiare? _____

Elencare tutti i membri della famiglia che percepiscono un reddito (allegare un altro foglio se necessario):

Nome del membro della famiglia	Natura del rapporto con il paziente	Reddito lordo mensile (senza trattenute)
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$
Reddito lordo totale mensile:		

F. Altri redditi della famiglia

Compilare questa sezione relativa alle altre entrate del paziente se si tratta di altre fonti di reddito:

Altre fonti di reddito	Importo mensile
Mantenimento dei figli/alimenti	\$
Affidamento, servizi locali (Township Trustee), entrate della chiesa, ecc.	\$
Pensione, previdenza sociale (Social Security), invalidità della previdenza sociale (Social Security Disability)	\$
Proprietà in affitto	\$
Rendite, interessi, piano pensionistico	\$
Disoccupazione o indennizzo per infortunio sul lavoro	\$
Altro (specificare)	\$
Totale altre fonti di reddito	\$

G. Beni del nucleo familiare

Compilare questa sezione sui beni della famiglia del paziente, se si tratta di beni della famiglia:

Tipo di bene	Totale
Contanti	\$
Conto di risparmio	\$
Conto corrente	\$
Azioni	\$
Obbligazioni	\$
Buoni di risparmio	\$
Certificati di deposito (Certificates of Deposit, CD)	\$
Conti del mercato monetario	\$
Fondi comuni di investimento	\$
Fondi fiduciari	\$
Totale beni	\$

H. Spese mensili del nucleo familiare

Compilare questa sezione relativa alle spese familiari del paziente, se presenti:

Tipo di spesa	Importo mensile
Affitto	\$
Mutuo	\$
Mantenimento dei figli	\$
Generi alimentari	\$
Spese di gestione auto	\$
Utenze generiche	\$
Totale spese mensili del nucleo familiare	\$

I. Autorizzazione

Autorizzo il rilascio delle informazioni contenute nella presente domanda all'Henry Ford Health (HFH) per la determinazione del mio stato di idoneità all'assistenza finanziaria in conformità alle politiche e alle procedure dell'HFH. Autorizzo l'HFH a verificare tali informazioni secondo necessità, il che può includere, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, l'ottenimento di un rapporto dell'ufficio crediti, la verifica dell'occupazione e/o del reddito e l'ottenimento di documenti di supporto appropriati. Tutte le informazioni e la documentazione sul reddito fornite da me in questa domanda sono vere, accurate e complete così come appaiono. Se in qualsiasi momento si accertasse che le informazioni fornite fossero false o non accurate, verrà revocato ogni sostegno finanziario e resterà totalmente a mio carico il pagamento completo e immediato di ogni saldo residuo. Dichiaro inoltre di accettare la responsabilità del pagamento di qualsiasi importo dovuto al netto degli sconti parziali praticati dal sostegno finanziario.

Nome in stampatello: _____

Natura del rapporto con il paziente: _____

Firma: _____

Data: _____

Prima di restituire la domanda, verificare di aver compilato il presente documento e di aver fornito tutta la documentazione necessaria per l'elaborazione della richiesta:

- Compilare tutte le pagine della domanda, incluse la firma e la data.
- Allegare una copia delle dichiarazioni dei salari e delle imposte dell'ultimo anno (modulo W-2) e/o i redditi vari (modulo 1099).
- Allegare una copia delle buste paga degli ultimi 2 mesi con le entrate da inizio anno di ciascun componente del nucleo familiare.
- Allegare una copia della dichiarazione dei redditi federale per l'anno fiscale più recente (modulo 1040).
- Allegare una copia della patente di guida o della carta d'identità in corso di validità rilasciata dallo Stato del Michigan.
- Allegare una copia degli estratti conto (corrente o di risparmio) degli ultimi due mesi.
- Allegare i documenti giustificativi di altri redditi (es., reddito da affitto, ecc.)
- Allegare le copie delle tessere dell'assicurazione medica, se si dispone di una copertura.
- Allegare una copia della lettera di rifiuto di Medicaid se la domanda è stata respinta.

Al fine di valutare più approfonditamente la sua domanda, potrebbe essere richiesta una dichiarazione di necessità finanziaria personale.