



## Politica di sostegno finanziario ai pazienti di HFH HFH Patient Financial Assistance Policy

### Politica Policy

La presente politica di sostegno finanziario ai pazienti di HFH (“Politica”) è concepita per definire i criteri di idoneità al sostegno finanziario dei pazienti che ne hanno necessità e che ricevono cure emergenziali e altre cure mediche necessarie dall’Henry Ford Health (“HFH”) e si applica a ciascuna delle strutture HFH elencate nell’Allegato A e alle rispettive cliniche affiliate (“Strutture HFH”). Il sostegno finanziario nel complesso rispecchierà l’impegno di HFH a trattare ogni paziente con dignità, rispetto e compassione.

**This HFH Patient Financial Assistance Policy (“policy”) is designed to address the financial assistance eligibility for patients who are in need of financial assistance and receive emergency and other medically necessary care from Henry Ford Health (“HFH”), and applies to each of the HFH Facilities listed in Appendix A and their affiliated clinics (“HFH Facilities”). All financial assistance will reflect HFH’s commitment to treating every patient with dignity, respect and compassion.**

Gli elenchi dei Prestatori di servizi HFH che prestano cure emergenziali o altre cure mediche necessarie nelle Strutture HFH, coperte o non coperte dalla presente Politica, sono gestiti separatamente sul sito web HFH ([henryford.com](http://henryford.com)). Tali elenchi possono essere reperiti in modo gratuito, sia online che in forma cartacea, accedendo al sito web HFH oppure contattando una delle Strutture HFH elencate nell’Allegato A.

**The list of HFH Service Providers delivering emergency or other medically necessary care in HFH Facilities, which are covered by this policy and which are not, are maintained separately on HFH’s website ([henryford.com](http://henryford.com)). The HFH Service Provider list may be obtained free of charge, both online and on paper, from the HFH website or by calling one of the HFH Facilities listed in Appendix A.**

### Definizioni:

### Definitions:

- **Importi normalmente addebitati (Amounts Generally Billed, AGB):** sono gli importi generalmente inseriti in fattura per le cure emergenziali o altre cure mediche necessarie prestate ai pazienti la cui assicurazione copre tali cure.  
**Amounts Generally Billed (AGB): means the amounts generally billed for emergency or other medically necessary care to individuals who have insurance covering such care.**
- **Cure emergenziali:** indicano il trattamento di una condizione medica che si manifesta con sintomi acuti di una gravità tale (incluso il dolore intenso) da ritenere che l’assenza di un intervento sanitario immediato possa ragionevolmente comportare le seguenti conseguenze:  
**Emergency Care: means the treatment of a medical condition manifesting itself by acute symptoms of sufficient severity (including severe pain) such that the absence of immediate medical attention could reasonably be expected to result in:**
  - Serio pericolo per la salute del soggetto in questione (o, nel caso di una donna in gravidanza, la salute della donna o del nascituro),  
**Placing the health of the individual (or with respect to a pregnant woman, the health of the woman or her unborn child) in serious jeopardy,**
  - Grave compromissione delle funzioni corporee, oppure  
**Serious impairment to bodily functions, or**
  - Gravi disfunzioni a carico di organi o altre parti del corpo, oppure

**Serious dysfunction of any bodily organ or part, or**

- Nel caso di una donna in gravidanza con contrazioni in atto – (a) assenza delle condizioni necessarie per effettuare un trasferimento sicuro presso un altro ospedale prima del parto oppure (b) possibile rischio per la salute o la sicurezza della donna o del nascituro in caso di trasferimento.

**With respect to a pregnant woman having contractions – (a) that there is inadequate time to effect a safe transfer or another hospital before delivery or (b) that transfer may pose a threat to the health or safety of the woman or unborn child.**

- **Garante:** indica la persona, diversa dal paziente, che si fa carico del pagamento della fattura del paziente.

**Guarantor: means the person responsible for the patient's bill other than the patient.**

- **Reddito familiare:** include redditi da lavoro al netto delle imposte, indennità di disoccupazione, indennità per infortuni sul lavoro, assegni di previdenza sociale, stipendi erogati dal fondo di previdenza complementare (Supplemental Security Income), assegni di assistenza sociale, assegni per veterani, prestazioni di reversibilità, redditi da pensione, interessi, dividendi, redditi da locazione, percentuali sugli utili, redditi da proprietà immobiliari, fondi fiduciari, assegni di assistenza all'istruzione, alimenti, assegni di mantenimento, assistenza esterna al nucleo familiare e altre fonti di reddito. NON include i benefici non monetari, come buoni pasto e sussidi per l'alloggio oppure plusvalenze o minusvalenze. Se il paziente vive in una famiglia, dovranno essere inclusi i redditi di tutti i componenti del nucleo familiare (compresi i conviventi), a meno che questi ultimi non paghino l'affitto e/o non siano a carico dei proprietari della casa. Vengono esclusi i non consanguinei, come i coinquilini. Il vincolo di dipendenza sarà determinato caso per caso.

**Household Income: includes before tax earnings, unemployment compensation, workers' compensation, Social Security, Supplemental Security Income, public assistance, veterans' payments, survivor benefits, pension or retirement income, interest, dividends, rents, royalties, incomes from estates, trusts, educational assistance, alimony, child support, assistance from outside the household, and other miscellaneous sources. DOES NOT include non-cash benefits such as food stamps and housing subsidies or capital gains or losses. If a person lives with a family, the income of all household family members must be included (including domestic partners) unless family members are paying rent and/or are not dependents of homeowners. Non-relatives, such as housemates, are not to be included. Dependency status shall be determined on a case by case basis.**

- **Commissione per il sostegno finanziario Henry Ford (Henry Ford Financial Assistance Committee):** è composta da tre membri della dirigenza nominati dal vicepresidente dell'ufficio finanziario (Revenue Cycle Vicepresident).

**Henry Ford Financial Assistance Committee: Is composed of three members of leadership appointed by the Vice President of Revenue Cycle.**

- **Prestatore di servizi HFH:** professionista sanitario in possesso delle autorizzazioni cliniche necessarie per offrire prestazioni presso una Struttura HFH.

**HFH Service Provider: a health care practitioner with clinical privileges necessary to perform services at an HFH Facility**

- **Prestazioni mediche necessarie:** prestazioni che sono appropriate e richieste per la diagnosi o il trattamento di una condizione medica, sono fornite per la diagnosi, la cura diretta e il trattamento di una condizione medica, rispettano gli standard previsti dalla buona prassi medica nell'area locale e soprattutto non procurano alcun vantaggio economico al paziente o all'operatore sanitario.

**Medically Necessary Services: are proper and needed for the diagnosis or treatment of your medical condition, are provided for the diagnosis, direct care, and treatment of your medical condition, meet the standards of good medical practice in the local area, and are not mainly for the convenience of you or your health care provider**

**Criteria di idoneità al sostegno finanziario:**

**Eligibility Criteria for Financial Assistance:**

I requisiti per il sostegno finanziario di HFH previsto dalla presente Politica saranno determinati nel corso di ciascun incontro con il paziente secondo i tre metodi seguenti e subordinatamente al rispetto del test patrimoniale descritto in seguito, a seconda dei casi. I pazienti che non soddisfano i criteri di idoneità

previsti dalla presente Politica possono avere accesso ad altri programmi di sostegno finanziario offerti da HFH, compresi diversi programmi su base locale. Per ulteriori informazioni su questi programmi, visitare il sito [henryford.com](http://henryford.com).

**Qualification for HFH financial assistance under this policy will be determined for each encounter under one of the following three methods subject to meeting the asset test, as applicable, as described below. Patients who do not meet the eligibility criteria under this policy may be eligible for financial assistance under other financial assistance programs offered by HFH, including various community-based programs. For more information about these programs, go to [henryford.com](http://henryford.com).**

Il sostegno finanziario previsto dalla presente Politica dovrà essere utilizzato come prestito di ultima istanza. Prima di prendere in considerazione uno sconto, è possibile che HFH richieda al paziente di presentare domanda di adesione a Medicaid o ad altri programmi di sostegno governativi.

**Financial assistance under this policy is intended to be utilized as the payor of last resort. Prior to considering a financial assistance discount, HFH may require a patient to apply for Medicaid or other government assistance programs.**

HFH si riserva il diritto di revocare qualsiasi approvazione del sostegno finanziario qualora venisse accertato che le informazioni fornite durante la presentazione della domanda non fossero accurate o complete. Se dovesse verificarsi questa circostanza, il paziente e/o il Garante saranno informati e ritenuti responsabili del pagamento delle spese.

**HFH reserves the right to reverse any financial assistance approvals should it be discovered that information provided during the application process was inaccurate or incomplete. Should this circumstance arise, the patient and/or Guarantor will be notified and will be responsible for payment.**

#### **Criteri di idoneità (1) - Metodo tradizionale:**

##### **Eligibility Method (1) - Traditional:**

- **Avere la residenza permanente negli Stati Uniti d'America.**  
**Permanent residence in the United States of America**
- **Avere la residenza personale nei bacini d'utenza principali di HFH, costituiti dalle contee di Wayne, Macomb, Oakland e Jackson. Nel caso di pazienti in cura presso una Struttura HFH situata al di fuori delle suddette contee, sarà possibile accedere al sostegno finanziario se la residenza permanente rientra nel raggio di cinque miglia dalla Struttura HFH.**  
**Having personal residence within HFH' primary service areas, consisting of Wayne, Macomb, Oakland and Jackson Counties. For patients seeking treatment at a HFH Facility located outside of the counties listed above, a patient may be eligible for financial assistance if their permanent residence is within a five-mile radius of the HFH Facility.**
- **Ricevere cure da un Prestatore di servizi HFH presso una struttura HFH**  
**Seeking treatment with a HFH Service Provider at a HFH Facility**
- **Avere un reddito familiare cumulativo annuo non superiore al 400% della Soglia federale di povertà (Federal Poverty Level, "FPL"). Se il reddito annuo è inferiore o uguale al 250% della Soglia federale di povertà, il paziente può beneficiare di uno sconto del 100%. Se il reddito annuo è compreso tra il 251% e il 400% della Soglia federale di povertà, il paziente può avere diritto a uno sconto parziale. Per gli sconti a scaglioni progressivi disponibili per pazienti assicurati e non assicurati, vedere le tabelle corrispondenti riportate più avanti.**  
**Annual aggregate Household Income up to 400% of the Federal Poverty Level ("FPL"). If a patient has an annual income less than or equal to 250% of the federal poverty level, the patient may be eligible for a 100% discount. If a patient has an annual income from 251% to 400% of the federal poverty level, the patient may qualify for a partial discount. See the Sliding Scale Tables below for the sliding scale discounts for insured and uninsured patients.**

### **Criteri di idoneità (2) - Metodo catastrofico:**

#### **Eligibility Method (2) - Catastrophic:**

- Pazienti che nell'arco di 12 mesi hanno accumulato un ingente debito sanitario presso una Struttura HFH in seguito a una situazione medica catastrofica, che ha comportato spese mediche eccedenti il 30% del proprio Reddito familiare lordo annuo.  
**Patients, who over a 12-month period, have accumulated a large medical debt at a HFH Facility as a result of a catastrophic medical situation, resulting in out-of-pocket medical expenses that exceed 30% of their gross annual Household Income**
- Avere la residenza permanente negli Stati Uniti d'America.  
**Permanent residence in the United States of America**
- Avere la residenza personale nei bacini d'utenza principali di HFH, costituiti dalle contee di Wayne, Macomb, Oakland e Jackson. Nel caso di pazienti in cura presso una Struttura HFH situata al di fuori delle suddette contee, sarà possibile accedere al sostegno finanziario se la residenza permanente rientra nel raggio di cinque miglia dalla Struttura HFH.  
**Having personal residence within HFH' primary service areas, consisting of Wayne, Macomb, Oakland and Jackson counties. For patients seeking treatment at a HFH Facility located outside of the counties listed above, a patient may be eligible for financial assistance if their permanent residence is within a five-mile radius of the HFH Facility.**
- Ricevere cure da un Prestatore di servizi HFH presso una struttura HFH.  
**Seeking treatment with a HFH Service Provider at a HFH Facility.**

I pazienti che soddisfano i criteri sopra indicati per il sostegno finanziario beneficeranno dello sconto seguente:

**Patients meeting the above qualification for financial assistance will be eligible for the following discount:**

- Il debito sanitario residuo sarà rettificato al 30% del Reddito familiare del paziente.  
**Patients will have their outstanding medical debt adjusted to 30% of their Household Income.**
- I pazienti che rispondono ai requisiti dei Metodi 1 e 2 riceveranno il maggiore tra i due sconti.  
**Patients who qualify under both Method 1 and Method 2 will receive the larger of the two discounts.**

### **Criteri di idoneità (3) - Metodo presuntivo:**

#### **Eligibility Method (3) - Presumptive:**

- HFH potrà determinare l'idoneità al sostegno finanziario su base presuntiva, attraverso l'assegnazione di un punteggio da parte di terzi, referenze di programmi su base locale e approvazioni di programmi governativi basati sul reddito.  
**HFH may determine qualification for financial assistance on a presumptive basis; using third-party scoring, referrals from community-based programs, and approvals of government programs based on income.**
- I pazienti che soddisfano l'idoneità presuntiva al sostegno finanziario possono beneficiare di uno sconto parziale oppure di uno sconto totale del 100% sulle cure emergenziali o su altre cure mediche necessarie. Se il reddito annuo è inferiore o uguale al 250% della Soglia federale di povertà, il paziente può beneficiare di uno sconto del 100%. Se il reddito annuo è compreso tra il 251% e il 400% della Soglia federale di povertà, il paziente può avere diritto a uno sconto parziale. Per gli sconti a scaglioni progressivi disponibili per pazienti assicurati e non assicurati, vedere le tabelle corrispondenti riportate più avanti.  
**Patients meeting presumptive qualification for financial assistance may be eligible for a partial discount, or a full discount of 100% on Emergency and other Medically Necessary Care. If a patient has an annual income less than or equal to 250% of the federal poverty level, the patient may be eligible for a 100% discount. If a patient has an annual income from 251% to 400% of the federal poverty level, the patient may qualify for a partial**

discount. See the Sliding Discount Tables below for the sliding scale discounts for insured and uninsured patients.

**Saldi dei pazienti idonei al sostegno finanziario**  
**Patient Balances Eligible for Financial Assistance**

I saldi dei pazienti idonei a ricevere uno sconto sul sostegno finanziario previsto dalla presente Politica possono includere, a titolo esemplificativo ma non esaustivo:

**Patient balances eligible for a financial assistance discount under this policy may include, but are not limited to:**

- Importi di coassicurazioni, franchigie e quote di partecipazione  
**Coinsurance, deductible and copayment amounts**
- Costi a carico di pazienti che possiedono una copertura di un piano sanitario senza rapporto contrattuale con HFH o nel caso in cui il Prestatore di servizi HFH non sia convenzionato con il piano sanitario  
**Charges for patients with coverage from a health plan that does not have a contractual relationship with HFH, or when HFH provider does not participate in health plan's network**
- Costi a carico di pazienti assicurati che hanno esaurito i benefit  
**Charges for insured patients that have exhausted their benefits,**
- Costi per prestazioni non convenzionate erogate a pazienti coperti in base ai programmi Commercial, Medicare o Medicaid  
**Charges for non-covered services provided to patients covered under Commercial, Medicare, or Medicaid programs**
- Costi a carico di pazienti che hanno superato la durata di degenza convenzionata in base ai programmi Commercial, Medicare o Medicaid  
**Charges for patients that have exceeded the length of stay covered under Commercial, Medicare, or Medicaid programs**

Il sostegno finanziario definito nella presente Politica si aggiunge allo sconto per pazienti non assicurati espresso nella corrispondente politica che può essere richiesta contattando il team per il sostegno finanziario al numero (313) 874-7800.

**The Financial Assistance in this policy is in addition to the uninsured discount set forth in our Uninsured Discount Policy which can be requested by calling the Financial Assistance Team at (313) 874-7800.**

**Tabelle di sconti a scaglioni progressivi:**  
**Sliding Scale Discount Tables:**

***Pazienti non assicurati:***  
***Uninsured Patients:***

Nel caso di pazienti non assicurati con redditi inferiori al 400% della FPL, la quota a carico del paziente è adattata alla percentuale di tariffa Medicare detraibile in base alla tabella seguente:

**For qualifying uninsured patients with incomes less than 400% of FPL, patient responsibility is adjusted to the percentage of the Medicare allowable amount based on the table below:**

Reddito familiare Household Income	% della tariffa Medicare % of Medicare Rate
351%-400% della FPL <b>351% - 400% of the FPL</b>	91% <b>91%</b>
301%-350% della FPL <b>301% - 350% of the FPL</b>	61% <b>61%</b>
251%-300% della FPL <b>251% - 300% of the FPL</b>	30% <b>30%</b>
<250% della FPL <b>&lt;250% of the FPL</b>	0% <b>0%</b>

Ai pazienti non assicurati con redditi inferiori al 250% viene praticato uno sconto del 100%.  
**Qualifying uninsured patients with incomes below 250% are given a 100% discount**

***Pazienti assicurati:***  
***Insured Patients:***

Nel caso di pazienti assicurati con redditi inferiori al 400% della FPL, la quota a carico del paziente viene scontata in base alla tabella seguente:

**For qualifying insured patients with incomes less than 400% of FPL, patient responsibility is discounted based on the table below**

Reddito familiare Household Income	Sconto sul saldo dovuto Discount Off of Balance Due
351%-400% della FPL <b>351% - 400% of the FPL</b>	25% <b>25%</b>
301%-350% della FPL <b>301% - 350% of the FPL</b>	50% <b>50%</b>
251%-300% della FPL <b>251% - 300% of the FPL</b>	75% <b>75%</b>
<250% della FPL <b>&lt;250% of the FPL</b>	100% <b>100%</b>

**Test patrimoniale:**

**Asset Test:**

Per determinare l'idoneità al sostegno finanziario di un paziente, HFH ricorre a uno sconto a scaglioni progressivi che prende in considerazione il Reddito familiare e i patrimoni ammissibili del paziente.

**In order to determine a patient's eligibility for financial assistance, HFH utilizes a sliding scale discount that takes a patient's Household Income and qualifying assets into consideration.**

Un paziente non ha diritto al sostegno finanziario previsto dalla presente Politica se il valore del suo patrimonio familiare ammissibile ammonta ad almeno \$100.000, indipendentemente dal suo reddito. I patrimoni non elencati come beni protetti saranno considerati disponibili per la liquidazione delle spese mediche. Ai fini della definizione del livello di sconto offerto al paziente, HFH può considerare i beni disponibili eccedenti come reddito dell'anno in corso.

**A patient is not eligible for financial assistance under this policy if the patient's household qualifying assets are valued at \$100,000 or more, regardless of the patient's income. Assets not listed as a protected asset will be considered available for payment of medical expenses. HFH**

may count the excess available assets as current year income in establishing the level of discount offered to the patient.

*Beni protetti:*

**Protected Assets:**

- 100% del primo \$1.000.000 del valore di mercato della prima casa personale; e 50% delle quote successive del valore di mercato della prima casa  
**100% of the first \$1,000,000 of equity in a single primary personal residence; and 50% of equity in the primary residence thereafter**
- Conto pensionistico individuale (Individual Retirement Account, IRA), 401k, piani pensionistici/pensioni in valore corrente  
**IRA, 401k, cash value retirement plans/pensions**
- Beni congrui impiegati in azienda  
**Reasonable assets used in a business**
- Beni mobili personali  
**Personal property**
- Piani di risparmio per il college  
**College savings plans**

**Pazienti senza requisiti per il sostegno finanziario:**

**Patients that do not Qualify for Financial Assistance:**

Ai pazienti non assicurati che non soddisfano i criteri di assistenza finanziaria previsti da questa politica o da altri programmi di assistenza finanziaria offerti da HFH, il servizio verrà addebitato in base al tasso di sconto per non assicurati. Per ulteriori informazioni, consultare la politica di sconto per i pazienti non assicurati sul sito <https://www.henryford.com/visitors/billing>.

**Uninsured patients not meeting financial assistance criteria under this policy or other available financial assistance programs offered by HFH will be charged for the service based on the uninsured discount rate. For more information, refer to the uninsured discount rate policy at <https://www.henryford.com/visitors/billing>.**

Un paziente può presentare ricorso scritto contro il rifiuto della sua domanda di sostegno finanziario alla Commissione per il sostegno finanziario Henry Ford entro 30 giorni dal rifiuto presso la Struttura HFH in cui sono state prestate le cure. L'idoneità al sostegno finanziario è soggetta all'approvazione dell'ufficio finanziario (Revenue Cycle Management) di HFH con il contributo delle équipes di assistenza sanitaria.

**A patient may appeal a denial of his or her financial assistance application by writing to the Henry Ford Financial Assistance Committee within 30 days of the denial at the HFH Facility at which care was received. Qualification for financial assistance is subject to the approval of HFH Revenue Cycle Management with input from the clinical care teams.**

Potranno essere ammesse delle eccezioni previste per circostanze particolari. Tali eccezioni saranno valutate caso per caso. Le eccezioni ammesse non costituiscono una modifica della Politica né garantiscono che questa stessa decisione si applichi in futuro. In caso di ulteriori dubbi sulla domanda di sostegno finanziario, i pazienti possono contattarci al numero **(313) 874-7800** o via e-mail all'indirizzo [financialassistanceapp@HFHS.org](mailto:financialassistanceapp@HFHS.org).

**Exceptions may be made as warranted for special circumstances. Such exceptions will be considered on a case-by-case basis. Any exception made does not constitute a change in policy nor does it guarantee that this same decision will apply in the future. Patients may contact us at (313) 874-7800 or by e-mail at [financialassistanceapp@HFHS.org](mailto:financialassistanceapp@HFHS.org) should they have additional questions on their financial assistance application.**

**Limitazioni alle spese per i pazienti idonei al sostegno finanziario**

**Limitations on Charges for Patients Eligible for Financial Assistance**

I pazienti idonei al sostegno finanziario non saranno tenuti a sostenere altri costi oltre agli AGB per cure emergenziali e altre cure mediche necessarie e agli oneri lordi per tutte le altre cure mediche. Ciascuna Struttura HFH si avvale del metodo di riferimento retroattivo ("look-back") per calcolare una o più

percentuali di AGB. La percentuale di AGB viene calcolata dividendo la somma dei rimborsi effettuati da Medicare e da assicurazioni sanitarie private in favore della Struttura HFH durante un periodo di 12 mesi per la somma degli oneri lordi associati a tali indennizzi.

**Patients that qualify for financial assistance will not be charged more than the AGB for emergency and other medically necessary care and not more than gross charges for all other medical care. Each HFH Facility uses the look-back method for calculating one or more AGB percentages. The AGB Percentage is calculated by dividing the sum of all Medicare fee-for-service and private health insurers that have paid claims to the HFH Facility during a 12-month period, by the sum of the associated gross charges for those claims.**

#### **Presentazione della domanda di sostegno finanziario:**

##### **Applying for Financial Assistance:**

I pazienti e/o il Garante potranno presentare domanda di sostegno finanziario in qualsiasi momento fino a 240 giorni dal momento in cui HFH presenta la prima fattura al paziente e/o al Garante. A sua volta, HFH elaborerà la domanda e assumerà una decisione in merito all'idoneità entro 30 giorni di calendario dal ricevimento della domanda compilata. Gli interessati saranno informati per iscritto della decisione e della relativa motivazione.

**Patients and/or Guarantor may apply for financial assistance at any time up to 240 days after HFH provides the initial billing to the patient and/or Guarantor. HFH will, in turn, process the application and make a determination of qualification within 30 calendar days after the completed application is received. The individual will be notified in writing of the determination and basis for determination.**

Per avere diritto al sostegno finanziario, il paziente/Garante dovrà compilare un'apposita domanda di sostegno finanziario. La domanda è disponibile sul sito web HFH alla pagina relativa al sostegno finanziario: <https://www.henryford.com/visitors/billing/financial-assistance>. Il paziente potrà inviare per posta o via fax la domanda compilata con la documentazione richiesta all'HFH Corporate Business Office. Per gli indirizzi e i numeri di fax delle Strutture HFH, consultare l'Allegato A.

**In order to qualify for financial assistance, a patient / Guarantor will need to complete the Patient Financial Assistance application. The application is available on the HFH Financial Assistance website: <https://www.henryford.com/visitors/billing/financial-assistance>. The patient can mail or fax a completed application with the required documentation to the HFH Corporate Business Office for an determination. For HFH Facility address and fax numbers, please refer to Appendix A.**

Se non è possibile scaricare la domanda dal sito web HFH, consultare l'Allegato A per ricevere a mezzo posta una copia cartacea della domanda presso il domicilio del paziente. Per consultare la domanda in lingue diverse, visitare il seguente link: <https://www.henryford.com/visitors/billing/financial-assistance/documents>.

**If a patient is unable to download the application via the HFH website, please refer to Appendix A to request a hardcopy application be mailed to the patient's residence. To review the application in multiple languages please visit the following link: <https://www.henryford.com/visitors/billing/financial-assistance/documents>.**

In caso di dubbi sulla domanda e/o per ricevere assistenza con la compilazione della domanda, consultare l'Allegato A per contattare la Struttura HFH presso cui si ricevono le cure.

**If a patient has questions regarding his or her application and/or needs assistance completing the application, please see Appendix A to contact the HFH Facility where the patient is receiving care**

La documentazione richiesta può includere quanto segue:

##### **Required documentation may include:**

- Dichiarazione dei redditi federale per l'anno fiscale più recente (modulo 1040), comprensiva di tutte le sezioni previste  
**Federal Income Tax Return for the most recent tax year (Form 1040), including all applicable schedules**



- Dichiarazione salariale e fiscale più recente (modulo W-2) e/o dichiarazione dei redditi di altra natura (modulo 1099)  
**Most recent Wage and Tax Statements (Form W-2) and/or Miscellaneous Income (Form 1099)**
- Copia delle buste paga degli ultimi 2 mesi con le entrate da inizio anno per ciascun componente del nucleo familiare o dichiarazione fornita dal datore di lavoro per la verifica del salario lordo  
**Recent copy of the last 2 months of pay stubs with year-to-date earnings for each member of the household or a statement from the employer verifying gross wages**
- Giustificativi di altri redditi (es., rendita da affitto, ecc.)  
**Proof of other income (i.e. rental property, etc.)**
- Copia degli estratti conto (corrente o di risparmio) degli ultimi 2 mesi  
**Recent copy of the last 2 months of bank statement of checking/savings accounts**
- Copia della patente di guida o della carta d'identità in corso di validità rilasciata dallo Stato del Michigan  
**Copy of valid Michigan driver's license or Michigan state identification card**
- Se applicabile, lettera di rifiuto di Medicaid, Healthy Michigan o Marketplace, e/o documentazione consolidata (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA)  
**If applicable, a denial response from Medicaid, Healthy Michigan or Marketplace, and/or COBRA documentation**
- Dichiarazione di fabbisogno finanziario personale rilasciata dal paziente  
**Personal statement of financial need from the patient**

HFH si riserva il diritto di richiedere altri documenti qualora fossero necessarie ulteriori verifiche del reddito e/o chiarimenti in base alla documentazione di supporto presentata. HFH non potrà negare il sostegno finanziario a un richiedente se questi omette di fornire documenti non esplicitamente richiesti nella presente Politica o nella domanda di sostegno finanziario.

**HFH reserves the right to request additional documentation should it need further verification of income and/or clarification based on any supporting documentation provided. HFH may not deny financial assistance based on an applicant's failure to provide documentation that this Policy or the Financial Assistance Application does not explicitly require.**

**Fatturazione e riscossioni:**

**Billing and Collections:**

Le attività di fatturazione e riscossione che HFH potrà intraprendere per il mancato pagamento sono descritte in una distinta politica in materia di fatturazione e riscossioni, che è possibile richiedere gratuitamente contattando il team per il sostegno finanziario al numero (313) 874-7800 o visitando il sito web Henry Ford Health all'indirizzo [www.henryford.com](http://www.henryford.com).

**The billing and collection actions that HFH may take for nonpayment are described in a separate patient billing and collections policy, which may be obtained free of charge by contacting Financial Assistance Team at (313) 874-7800 or the Henry Ford Health website at [www.henryford.com](http://www.henryford.com).**

**Allegato A:  
Appendix A:**

Struttura Facility	Indirizzo Address	N. telefono/Fax/E-mail Phone/Fax #/E-mail
<p><b>Henry Ford Health Jackson Hospital Henry Ford Health Jackson Hospital</b></p>	<p>Henry Ford Health Jackson Hospital Cashier Office 205 N East Avenue Jackson, MI 49201</p>	<p>Telefono: <a href="tel:3138747800">(313) 874-7800</a>  <b>Phone: <a href="tel:3138747800">(313) 874-7800</a></b>            Fax: <a href="tel:2486546439">(248) 654-6439</a>  <b>Fax: <a href="tel:2486546439">(248) 654-6439</a></b></p>
<p><b>Henry Ford Hospital and Medical Centers Henry Ford Hospital and Medical Centers</b></p>	<p>Henry Ford Hospital Financial Counseling Office 2799 West Grand Blvd. K-1, West 100 Clinic Building Detroit, MI 48202</p>	<p>Telefono: <a href="tel:3138747800">(313) 874-7800</a>  <b>Phone: <a href="tel:3138747800">(313) 874-7800</a></b>            Fax: <a href="tel:2486546439">(248) 654-6439</a>  <b>Fax: <a href="tel:2486546439">(248) 654-6439</a></b></p>
<p><b>Henry Ford Macomb Hospitals Henry Ford Macomb Hospitals</b></p>	<p>Henry Ford Macomb Hospital Cashier Office 15855 19 Mile Rd. Clinton Township, MI 48038</p>	<p>Telefono: <a href="tel:3138747800">(313) 874-7800</a>  <b>Phone: <a href="tel:3138747800">(313) 874-7800</a></b>            Fax: <a href="tel:2486546439">(248) 654-6439</a>  <b>Fax: <a href="tel:2486546439">(248) 654-6439</a></b></p>
<p><b>Henry Ford West Bloomfield Hospital Henry Ford West Bloomfield Hospital</b></p>	<p>Henry Ford West Bloomfield Hospital Lower-Level Finance 6777 West Maple West Bloomfield, MI 48322</p>	<p>Telefono: <a href="tel:3138747800">(313) 874-7800</a>  <b>Phone: <a href="tel:3138747800">(313) 874-7800</a></b>            Fax: <a href="tel:2486546439">(248) 654-6439</a>  <b>Fax: <a href="tel:2486546439">(248) 654-6439</a></b></p>
<p><b>Henry Ford Wyandotte Hospital &amp; Henry Ford Medical Center - Brownstown Henry Ford Wyandotte Hospital &amp; Henry Ford Medical Center - Brownstown</b></p>	<p>Henry Ford Wyandotte Hospital Cashier Office 2333 Biddle Ave. Wyandotte, MI 48192</p>	<p>Telefono: <a href="tel:3138747800">(313) 874-7800</a>  <b>Phone: <a href="tel:3138747800">(313) 874-7800</a></b>            Fax: <a href="tel:2486546439">(248) 654-6439</a>  <b>Fax: <a href="tel:2486546439">(248) 654-6439</a></b></p>

<p><b>Henry Ford Kingswood Hospital</b>  <b>Henry Ford Kingswood Hospital</b></p>	<p>Henry Ford Kingswood Hospital  ATTN: Reception  10300 West 8 Mile Rd.  Ferndale, MI 48220</p>	<p>Telefono: <a href="tel:(313)874-7800">(313) 874-7800</a>  <b>Phone:</b> <a href="tel:(313)874-7800"><b>(313) 874-7800</b></a>  Fax: <a href="tel:(248)654-6439">(248) 654-6439</a>  <b>Fax:</b> <a href="tel:(248)654-6439"><b>(248) 654-6439</b></a></p>
<p><b>Henry Ford Maplegrove Center</b>  <b>Henry Ford Maplegrove Center</b></p>	<p><b>Henry Ford Maplegrove Center</b>  ATTN: Patient Access  6773 W. Maple Road  West Bloomfield, MI 48322</p>	<p>Telefono: <a href="tel:(313)874-7800">(313) 874-7800</a>  <b>Phone:</b> <a href="tel:(313)874-7800"><b>(313) 874-7800</b></a>  Fax: <a href="tel:(248)654-6439">(248) 654-6439</a>  <b>Fax:</b> <a href="tel:(248)654-6439"><b>(248) 654-6439</b></a></p>
<p><b>Henry Ford Health Corporate Business Office</b>  <b>Henry Ford Health Corporate Business Office</b></p>	<p>Henry Ford Health  PO Box 670884  Detroit, MI 48267-0884</p>	<p>Telefono: <a href="tel:(313)874-7800">(313) 874-7800</a>  <b>Phone:</b> <a href="tel:(313)874-7800"><b>(313) 874-7800</b></a>  Fax: <a href="tel:(248)654-6439">(248) 654-6439</a>  <b>Fax:</b> <a href="tel:(248)654-6439"><b>(248) 654-6439</b></a>  E-mail:  <a href="mailto:financialassistanceapp@HFHS.org">financialassistanceapp@HFHS.org</a>  <b>E-mail:</b>  <a href="mailto:financialassistanceapp@HFHS.org"><b>financialassistanceapp@HFHS.org</b></a></p>