

患者の経済的援助

A. 病院または診療所の場所:

患者が治療を受けた、またはこれから治療を受ける場所を選択してください:

- | | |
|---|--|
| <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 またはHF Health Center Brownstown |
| <input type="checkbox"/> HF Macomb Hospital | <input type="checkbox"/> その他明記してください: |
| <input type="checkbox"/> HF Medical Centers | _____ |
| <input type="checkbox"/> HF Jackson Hospital | |

B. 患者情報

ケアを受ける患者の情報について下記の該当箇所に記入してください

患者の名前: _____

生年月日 (Date of Birth, DOB): _____ 医療記録番号: _____

社会保障番号: _____

保証人ID番号: _____

C. 担当者 (保証人):

医療請求書に支払う人物の情報について下記の該当箇所に記入してください

責任者名 (B欄 と異なる場合): _____

患者との関係: _____

詳細住所: _____

市、州、郵便番号、国: _____

電話番号: _____ 職場の電話番号: _____

雇用主: _____ 正社員 アルバイト

D. 健康保険資格確認

次の各質問に対して「はい」または「いいえ」を選択してください：

1. Medicareを申請しましたか、または拒否されましたか？	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
a. MedicareパートA	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
b. MedicareパートB	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
c. MedicareパートC	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
2. Medicaidを申請しましたか、または拒否されましたか？	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
a. 拒否された場合、その拒否は過去90日以内に行われましたか？	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
3. 以下に関連する財政支援サービスを申請していますか？				
a. 自動車事故 (Motor vehicle accident, MVA)	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
b. 犯罪被害者	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
c. 労災補償	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
d. その他の怪我（滑って転倒など）はありますか？	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
4. 勤務先または配偶者の勤務先では団体健康保険を提供していますか？	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
5. 過去3～6か月間、雇用主または配偶者の雇用主を通じて保険に加入していましたか？	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
a. 「はい」の場合、包括予算調整法(Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA)は利用できますか？	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
6. 何らかの他の健康保険に加入していますか？	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
a. 加入している場合は、その保険の情報を記載してください：				
7. Henry Ford Health Systemサービス提供エリア内で暮らす永住者ですか？	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ

E. 世帯員と世帯の給与収入

患者の世帯について本欄に記入してください:

世帯の人数は何人ですか _____

収入を得ている世帯の成員を記入してください(必要に応じて用紙を追加してください):

世帯の成員名	患者との関係	月次総収入 (控除前)
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$
合計月次総収入		

F. 世帯のその他の収入

患者にその他の収入源がある場合は、その他の収入について該当欄に記入してください:

その他の収入源	月額
児童支援/養育費	\$
フォスターケア、タウンシップトラスティー、教会収入など	\$
年金、社会保障、障害者保険	\$
賃貸資産	\$
年金、利息、退職者配当	\$
失業または労働者補償	\$
その他(明記してください)	\$
その他の収入源合計	\$

G. 世帯の資産

患者の世帯資産が世帯資産である場合は、それについて該当欄に記入してください:

資産の種類	合計
現金	\$
預金口座	\$
小切手口座	\$
株式	\$
債権	\$
預金債権	\$
預金証明書 (Certificates of Deposit, CD)	\$
マネーマーケットアカウント	\$
投資信託	\$
信託財産	\$
	合計資産
	\$

H. 毎月の世帯支出

家計費がある場合は、患者の家計費について該当欄に記入してください:

支出の種類	月額
家賃	\$
ローン	\$
児童支援	\$
食料品	\$
自動車支払	\$
一般請求	\$
	毎月の世帯支出合計
	\$

1. 委任

私は、Henry Ford Health (HFH)の方針および手順に従って財政援助を受ける資格を判断するために、この申請書に含まれる情報をHFHに公開することをここに承認します。私は、HFHに必要な応じてこの情報を確認する権限を与えます。これには、信用調査書報告書の取得、雇用や収入の確認、および適切な補強文書を取得することを含みますが、それらに限定されません。この申請で私が提供するすべての情報および収入関係文書は、真実、正確かつ完全なものです。私が提供した情報が何らかの時点で虚偽または不正確であると判断された場合は、すべての経済支援が取り消され、未払い残高の全額および即時支払いに責任を負います。私はまた、部分的な資金援助割引後の支払額についても、支払責任を負うことに同意します。

氏名(ブロック体): _____

患者との関係: _____

署名: _____

日付: _____

申請書の返送前に、この文書に記入し、申請の処理に必要なすべての該当する文書を提出したことを確認してください:

- 署名および日付を含めて、申請書の全ページに記入している
- 最近の賃金と税金の明細書 (形状 W-2) または雑所得支払調書 (形状 1099) を同封している。
- 世帯の各成員の現在までの過去1年間の収入を付帯して、最近2カ月の給与明細を同封している。
- 最新年の米国の個人所得税申告書 (フォーム1040) を同封している。
- ミシガン州の運転免許証またはミシガン州の身分証明書のコピーを同封している。
- 最近の銀行取引明細書 (当座預金/貯蓄) の過去2か月分を同封している。
- その他の収入を証明する書類 (例: 家賃収入など) を同封している。
- 保険に加入している場合は、医療保険証のコピーを同封している。
- 申請して拒否されている場合は、Medicaid拒否通知書の写しを同封している。

あなたの申請をさらに評価するために、個人的な経済的ニーズの声明が必要になる場合があることに注意してください。