

환자 재정 지원

A. 병원 또는 진료소 위치

환자가 진료를 받은 또는 받을 위치를 선택하세요.

- | | |
|---|--|
| <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 또는 HF Health Center Brownstown |
| <input type="checkbox"/> HF Macomb Hospital | <input type="checkbox"/> 기타, 직접 기입: _____ |
| <input type="checkbox"/> HF Medical Centers | |
| <input type="checkbox"/> HF Jackson Hospital | |

B. 환자 정보

진료를 받는 환자 관련 내용을 이 섹션에 작성하세요.

환자 이름: _____

생년월일(Date of Birth, DOB): _____ 진료 기록 번호: _____

사회 보장 번호: _____

보증인 신분신분증번호: _____

C. 진료비 지불 의무자(보증인)

진료비를 지불하는 사람 관련 내용을 이 섹션에 작성하세요.

진료비 지불 의무자 이름(섹션 B와 다른 경우): _____

환자와의 관계: _____

주소: _____

시, 주, 우편번호, 국가: _____

전화 번호: _____ 직장 전화 번호: _____

고용주: _____ 풀타임 파트타임

D. 건강 보험 수급 자격 확인

다음 각 질문에 '예' 또는 '아니요'를 선택하세요.

1. Medicare를 신청했거나 거부당한 적이 있나요?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요
a. Medicare 파트 A	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요
b. Medicare 파트 B	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요
c. Medicare 파트 C	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요
2. Medicaid를 신청했거나 거부당한 적이 있나요?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요
a. 거부당한 경우 지난 90일 이내에 거부당했나요?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요
3. 다음과 관련된 재정 지원 서비스를 신청 중이신가요?		
a. 자동차 사고(Motor Vehicle Accident, MVA)	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요
b. 범죄 피해	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요
c. 산업재해보상보험	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요
d. 기타 부상(예: 미끄러짐 및 낙상)	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요
4. 고용주 또는 배우자의 고용주가 단체의료보험을 제공하나요?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요
5. 최근 3~6개월간 고용주 또는 배우자의 보험을 통해 보험에 가입하셨나요?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요
a. 가입한 경우옵니버스 예산 조정법(Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA)를 이용할 수 있나요?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요
6. 다른 건강 보험을 보유하고 있나요?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요
a. 있는 경우 보험 관련 정보를 기입하세요.		
7. Henry Ford Health System 보험 적용 지역 내에 거주하는 영주권자인가요?	<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요

E. 가구원 및 가구 근로소득

환자 가구원에 대해 이 섹션을 작성하세요.

가구원이 몇 명인가요? _____

소득이 있는 가구원을 기입하세요(필요한 경우 추가 용지 첨부).

가구원 이름	환자와의 관계	월 총 소득 (공제 전)
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$
월 총 소득 합계:		

F. 가계 기타 소득

환자의 다른 소득이 있는 경우 이 섹션에 기타 소득에 대한 정보를 작성하세요.

기타 소득원	월 금액
자녀 양육비/이혼 수당	\$
위탁 양육, 타운십 수탁, 교회 소득 등	\$
연금, 사회 보장 연금, 사회 보장 장애인 보조금	\$
임대용 부동산	\$
연금 보험, 이자, 퇴직금	\$
실업 또는 산재 보상금	\$
기타(직접 기입)	\$
기타 소득원 합계	\$

G. 가계 자산

환자의 가계 자산이 있는 경우 이 섹션에 가계 자산에 대한 정보를 작성하세요.

자산 유형	합계
현금	\$
예금 계좌	\$
당좌 계좌	\$
주식	\$
채권	\$
저축성 채권	\$
양도성 예금 증서(Certificates of Deposit, CD)	\$
단기금융시장 예금 계좌	\$
뮤추얼 펀드	\$
신탁	\$
총 자산	\$

H. 가구 월 지출

환자의 가계 지출이 있는 경우 이 섹션에 가계 지출에 대한 정보를 작성하세요.

비용 유형	월 금액
임대료	\$
모기지	\$
자녀 양육비	\$
식료품류	\$
자동차 할부금	\$
일반 청구서	\$
가구 월 지출 합계:	\$

1. 허가 인증

본인은 HFH 정책 및 절차에 따라 재정 지원에 대한 자격 여부를 결정하기 위해 이 신청서에 포함된 정보를 Henry Ford Health (HFH)에 공개하도록 허가합니다. 본인은 신용 조사 보고서 입수, 취업 및/또는 소득 확인, 적절한 증빙 서류 입수 등(이에 국한되지 않음)의 HFH가 필요에 따라 이 정보가 맞는지 확인하도록 허가합니다. 본인이 이 신청서에 제공한 모든 정보 및 소득 서류는 진짜이고, 정확하며 작성된 대로 완전합니다. 언제라도 본인이 제공한 정보가 거짓이거나 정확하지 않은 것으로 확인되는 경우 모든 금융 지원은 취소되며 본인은 모든 미지불 잔액 전액을 즉시 지불할 책임을 수락합니다. 본인은 또한 금융 지원 부분 할인 후 지불해야 하는 금액에 대한 납입 책임을 수락하기로 동의합니다.

정자체 이름: _____

환자와의 관계: _____

서명: _____

날짜: _____

신청서를 반환하기 전에 이 문서를 작성하고 요청을 처리하는 데 필요한 모든 관련 서류를 제공했는지 확인하시기 바랍니다.

- 서명 및 날짜를 포함해 작성 완료한 신청서 전체 페이지 수
- 가장 최근 연도의 임금 및 세금 계산서(양식 w-2) 및/또는 기타 소득(양식 1099) 첨부
- 각 가구원의 올해 초부터 현재까지 소득이 포함된 최근 2개월치 급여 명세서 첨부
- 가장 최근 연도의 연방 소득세 신고서(양식 1040) 첨부
- Michigan주 운전면허증 또는 미시간주 신분증 사본 첨부
- 최근 2개월간의 은행 계좌 내역서(당좌 예금/적금) 첨부
- 기타 소득 증빙자료 첨부(예: 임대 소득 등)
- 보험이 있는 경우 의료 보험 카드 사본 첨부
- 신청 후 지급을 거절당한 경우 Medicaid 지급 거절 확인서 사본 첨부

지원서를 추가로 평가하기 위해 개인 재정적 필요에 대한 진술서가 필요할 수 있습니다.