

Pomoc finansowa dla pacjentów

A. Lokalizacja szpitala lub kliniki

Wybierz lokalizacje, w których pacjent otrzymał lub otrzyma opiekę:

- | | |
|---|---|
| <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 lub HF Health Center Brownstown |
| <input type="checkbox"/> HF Macomb Hospital | <input type="checkbox"/> Inne, proszę określić: _____ |
| <input type="checkbox"/> HF Medical Centers | |
| <input type="checkbox"/> HF Jackson Hospital | |

B. Informacje o pacjencie

Wypełnij tę część dotyczącą pacjenta objętego opieką:

Imię i nazwisko pacjenta: _____

Data urodzenia (Date of Birth, DOB): _____ Numer dokumentacji medycznej: _____

Numer ubezpieczenia społecznego: _____

Numer identyfikacyjny gwaranta: _____

C. Podmiot odpowiedzialny (gwarant)

Wypełnij tę część dotyczącą osoby płacącej rachunek medyczny:

Nazwa podmiotu odpowiedzialnego (jeśli inna niż w części B): _____

Związek z pacjentem: _____

Ulica: _____

Miasto, stan, kod pocztowy, kraj: _____

Numer telefonu: _____ Numer telefonu służbowego: _____

Pracodawca: _____ Pełny etat Niepełny etat

D. Weryfikacja uprawnienia do ubezpieczenia zdrowotnego

Wybierz „tak” lub „nie” dla każdego z poniższych pytań:

1. Czy złożyłeś wniosek o Medicare lub otrzymałeś odmowę?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
a. Medicare część A?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
b. Medicare część B?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
c. Medicare część C?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
2. Czy złożyłeś wniosek o Medicaid lub otrzymałeś odmowę?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
a. Jeśli otrzymałeś decyzję odmowną, czy została ona wydana w ciągu ostatnich 90 dni?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
3. Czy ubiegasz się o usługi pomocy finansowej ze względu na:		
d. Wypadek samochodowy (Motor Vehicle Accident, MVA)?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
e. Bycie ofiarą przestępstwa?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
f. Odszkodowanie dla pracowników?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
g. Inne obrażenia (np. poślizgnięcie i upadek)?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
4. Czy pracodawca pacjenta lub pracodawca małżonka oferuje grupowe ubezpieczenie zdrowotne?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
5. Czy w ciągu ostatnich 3–6 miesięcy byłeś objęty ubezpieczeniem swojego pracodawcy lub pracodawcy współmałżonka?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
a. Jeśli tak, czy masz dostęp do świadczeń przewidzianych w Skonsolidowanej ustawie zbiorczej o uzgadnianiu budżetu (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA)?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
6. Czy posiadasz inne ubezpieczenie zdrowotne?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
a. Jeśli tak, podaj informacje dotyczące ubezpieczenia:		
7. Czy posiadasz stały adres zamieszkania w obszarze objętym usługami Henry Ford Health?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie

E. Członkowie gospodarstwa domowego i dochód z zatrudnienia w gospodarstwie domowym

Wypełnij tę część dotyczącą gospodarstwa domowego pacjenta:

Ile osób liczy Twoje gospodarstwo domowe? _____

Wymień każdego członka gospodarstwa domowego, który uzyskuje dochód (w razie potrzeby dołącz kolejny arkusz):

Imię i nazwisko członka gospodarstwa domowego	Związek z pacjentem	Miesięczny dochód brutto (przed odliczeniami)
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$
Całkowity miesięczny dochód brutto:		

F. Inne dochody gospodarstwa domowego

Wypełnij tę część dotyczącą innych dochodów pacjenta, jeśli posiada on(a) inne źródła dochodu:

Inne źródła dochodu	Kwota na miesiąc
Alimenty na dzieci	\$
Opieka zastępcza, powiernik miejski, dochód kościelny itp.	\$
Emerytura, ubezpieczenie społeczne (Social Security), renta socjalna (Social Security Disability)	\$
Wynajem nieruchomości	\$
Renty, odsetki, wypłata emerytury	\$
Zasiłek dla bezrobotnych lub odszkodowanie pracownicze	\$
Inne (należy określić)	\$
Inne źródła dochodu ogółem	\$

G. Aktywa gospodarstwa domowego

Wypełnij tę część dotyczącą majątku gospodarstwa domowego pacjenta, jeśli jest to majątek gospodarstwa domowego:

Rodzaj aktywów	łącznie
Gotówka	\$
Konto oszczędnościowe	\$
Konto czekowe	\$
Akcje	\$
Obligacje	\$
Obligacje oszczędnościowe	\$

Certyfikaty depozytowe (Certificates of Deposit, CD)	\$
Rachunki rynku pieniężnego	\$
Fundusze inwestycyjne	\$
Trusty	\$
Aktywa ogółem	\$

H. Miesięczne wydatki gospodarstwa domowego

Wypełnij tę część dotyczącą wydatków gospodarstwa domowego pacjenta, jeśli takie istnieją:

Rodzaj wydatków	Kwota na miesiąc
Czynsz	\$
Hipoteka	\$
Alimenty na dzieci	\$
Artykuły spożywcze	\$
Rata kredytu na pojazd	\$
Ogólne rachunki	\$
Łączne miesięczne wydatki gospodarstwa domowego	\$

I. Upoważnienie

Niniejszym zezwalam na ujawnienie informacji zawartych w tym wniosku Henry Ford Health (HFH) w celu określenia mojego statusu kwalifikowalności do pomocy finansowej zgodnie z zasadami i procedurami HFH. Upoważniam HFH do weryfikacji tych informacji w razie potrzeby, co może obejmować między innymi uzyskanie raportu biura kredytowego, weryfikację zatrudnienia i/lub dochodów oraz uzyskanie odpowiednich dokumentów pomocniczych. Wszelkie informacje i dokumentacja dotycząca dochodu podane przeze mnie w tym wniosku są prawdziwe, dokładne i kompletne w sposób przedstawiony. W przypadku określenia w dowolnym momencie, że podane przeze mnie informacje są fałszywe lub niedokładne, wszelka pomoc finansowa zostanie wstrzymana. Przyjmuję odpowiedzialność za całkowitą i natychmiastową płatność wszelkich zaległych należności. Wyrażam również zgodę na przyjęcie odpowiedzialności za płatność wszelkich kwot należnych po uzyskaniu rabatów w ramach pomocy finansowej.

Imię i nazwisko drukowanymi literami: _____

Związek z pacjentem: _____

Podpis: _____

Data: _____

Przed odesłaniem wniosku upewnij się, że wypełniłeś ten dokument i dostarczyłeś wszystkie wymagane dokumenty niezbędne do rozpatrzenia wniosku:

- Wypełnione wszystkie strony wniosku, w tym podpis i data.
- Załącz swoje oświadczenia o wynagrodzeniach i podatkach za ostatni rok (formularz W-2) i/lub o innych rodzajach dochodu (formularz 1099).
- Załącz odcinki wypłaty z ostatnich 2 miesięcy z aktualnymi zarobkami dla każdego członka gospodarstwa domowego.
- Załącz swoje federalne zeznanie podatkowe za ostatni rok (formularz 1040).
- Załącz kopię prawa jazdy lub dowodu tożsamości stanu Michigan.
- Załącz wyciągi bankowe z ostatnich 2 miesięcy: konta czekowe/oszczędnościowe.
- Załącz dowód innego dochodu (np. dochód z wynajmu itp.).
- Załącz kopie kart ubezpieczenia medycznego, jeśli posiadasz ubezpieczenie.
- Załącz kopię pisma o odmowie przyznania Medicaid, jeśli wniosek został odrzucony.

Należy pamiętać, że do dalszego rozpatrzenia wniosku może być wymagane oświadczenie o osobistych potrzebach finansowych.