



Polityka pomocy finansowej dla pacjentów HFH HFH Patient Financial Assistance Policy

Polityka Policy

Niniejsza polityka pomocy finansowej dla pacjentów HFH („polityka”) ma na celu określenie uprawnień do pomocy finansowej dla pacjentów, którzy potrzebują pomocy finansowej i otrzymują pomoc w nagłych wypadkach oraz inną niezbędną opiekę medyczną od Henry Ford Health („HFH”), i ma ona zastosowanie do każdej z placówek HFH wymienionych w Załączniku A i klinik z nimi współpracujących („placówki HFH”). Wszelka pomoc finansowa będzie odzwierciedlać zaangażowanie HFH w traktowanie każdego pacjenta z godnością, szacunkiem i współczuciem.

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.

Lista dostawców usług HFH świadczących opiekę w nagłych wypadkach lub inną niezbędną opiekę medyczną w placówkach HFH, których dotyczy (lub nie) niniejsza polityka, jest prowadzona oddzielnie na stronie internetowej HFH (henryford.com). Listę usługodawców HFH można uzyskać bezpłatnie, zarówno online, jak i w formie papierowej, odwiedzając stronę internetową HFH lub dzwoniąc do jednej z placówek HFH wymienionych w Załączniku 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). 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.

Definicje: Definitions:

- **Ogólnie naliczana kwota (Amounts Generally Billed, AGB):** oznacza kwotę, którą zazwyczaj pobiera się za opiekę w nagłych wypadkach i opiekę niezbędną z medycznego punktu widzenia od osób posiadających ubezpieczenie obejmujące taką opiekę.
Amounts Generally Billed (AGB): means the amounts generally billed for emergency or other medically necessary care to individuals who have insurance covering such care.
- **Opieka w nagłych wypadkach:** oznacza leczenie stanu chorobowego cechującego się ostrymi objawami o dostatecznym stopniu nasilenia (w tym silnym bólem), które dają podstawy do przewidywania, że brak natychmiastowej pomocy medycznej spowoduje:
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:
 - narażenie zdrowia danej osoby (a w odniesieniu do kobiety w ciąży – zdrowia kobiety lub jej nienarodzonego dziecka) na poważne niebezpieczeństwo;
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,
 - poważne upośledzenie funkcji organizmu;
Serious impairment to bodily functions, or
 - poważną dysfunkcję dowolnego organu bądź dowolnej części ciała;
Serious dysfunction of any bodily organ or part, or

- w odniesieniu do kobiety ciężarnej mającej skurcze – a) że nie będzie wystarczająco dużo czasu na dokonanie bezpiecznego przeniesienia do innego szpitala przed porodem lub b) że przeniesienie może stanowić zagrożenie dla zdrowia lub bezpieczeństwa kobiety lub nienarodzonego dziecka.

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.

- **Poręczyciel:** oznacza osobę odpowiedzialną za rachunek pacjenta inną niż sam pacjent.
Guarantor: means the person responsible for the patient's bill other than the patient.
- **Dochód gospodarstwa domowego:** obejmuje dochody przed opodatkowaniem, zasiłek dla bezrobotnych, odszkodowania pracownicze, ubezpieczenie społeczne, uzupełniającą zapomogę rządową, pomoc publiczną, zasiłek dla weteranów, rentę rodzinną, rentę lub emeryturę, odsetki, dywidendy, czynsze, tantiemy, dochody z nieruchomości, fundusze powiernicze, stypendia, alimenty, zasiłki na dzieci, wsparcie spoza gospodarstwa domowego oraz inne źródła. NIE OBEJMUJE zasiłków niepieniężnych, takich jak kartki żywnościowe i dotacje na mieszkanie lub zyski i straty kapitałowe. Jeśli pacjent mieszka z rodziną, należy uwzględnić dochód wszystkich członków gospodarstwa domowego (w tym konkubentów), chyba że członkowie rodziny opłacają czynsz i/lub nie pozostają na utrzymaniu właściciela domu. Osoby niespokrewnione, takie jak współlokatorzy, nie są uwzględniane. Status utrzymania określa się w zależności od przypadku.
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.
- **Komisja ds. Pomocy Finansowej w Henry Ford (Henry Ford Financial Assistance Committee):** składa się z trzech członków kierownictwa wyznaczonych przez wiceprezesa ds. cyklu finansowego.
Henry Ford Financial Assistance Committee: Is composed of three members of leadership appointed by the Vice President of Revenue Cycle.
- **Usługodawca HFH:** pracownik służby zdrowia posiadający uprawnienia kliniczne niezbędne do świadczenia usług w placówce HFH
HFH Service Provider: a health care practitioner with clinical privileges necessary to perform services at an HFH Facility
- **Usługi niezbędne z medycznego punktu widzenia:** są właściwe i potrzebne do zdiagnozowania lub leczenia stanu chorobowego, świadczone w celu diagnozy, bezpośredniej opieki i leczenia stanu chorobowego, spełniają standardy dobrej praktyki medycznej w danym regionie i nie służą głównie wygodzie pacjenta lub dostawcy usług medycznych.
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

Kryteria uprawnienia do pomocy finansowej:
Eligibility Criteria for Financial Assistance:

Decyzję o zakwalifikowaniu do pomocy finansowej HFH w ramach niniejszej polityki podejmuje się każdorazowo, używając jednego z trzech poniższych sposobów – z zastrzeżeniem spełnienia wymogów badania aktywów, jak opisano poniżej. Pacjenci, którzy nie spełniają kryteriów kwalifikacyjnych w ramach niniejszej polityki, mogą się kwalifikować do pomocy finansowej w ramach innych programów pomocy finansowej oferowanych przez HFH, w tym różnych programów społecznych. Więcej informacji można znaleźć na stronie 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.

Pomoc finansową w ramach niniejszej polityki wykorzystuje się jako środek ostatniej instancji. Przed uwzględnieniem zniżki w ramach pomocy finansowej, HFH może wymagać od pacjenta złożenia wniosku o Medicaid lub inne programy pomocy rządowej.

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 zastrzega sobie prawo do cofnięcia wszelkich zatwierdzeń pomocy finansowej, jeśli okaże się, że informacje dostarczone podczas procesu składania wniosku były niedokładne lub niekompletne. Pacjent i/lub poręczyciel zostanie zawiadomiony o zaistniałej sytuacji i będzie zobowiązany do uiszczenia płatności. **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.**

Sposób 1 – tradycyjny:

Eligibility Method (1) - Traditional:

- Stały pobyt w Stanach Zjednoczonych.
Permanent residence in the United States of America
- Posiadanie miejsca zamieszkania w głównym obszarze usług HFH, obejmującym hrabstwa Wayne, Macomb, Oakland i Jackson. W przypadku pacjentów ubiegających się o leczenie w placówce HFH zlokalizowanej poza wymienionymi powyżej hrabstwami pacjent może kwalifikować się do pomocy finansowej, jeśli jego stałe miejsce zamieszkania znajduje się w promieniu pięciu mil od placówki 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.

- Poddanie się leczeniu u usługodawcy HFH w placówce HFH.
Seeking treatment with a HFH Service Provider at a HFH Facility
- Łączny roczny dochód gospodarstwa domowego wynoszący maksymalnie 400% federalnego progu ubóstwa (Federal Poverty Level, „FPL”). Pacjenci o rocznym dochodzie wynoszącym maksymalnie 250% federalnego progu ubóstwa mogą być uprawnieni nawet do 100% rabatu. Pacjenci o rocznym dochodzie wynoszącym od 251% do 400% federalnego progu ubóstwa mogą być uprawnieni do częściowego rabatu. Wysokość rabatów w skali ruchomej dla pacjentów ubezpieczonych i nieubezpieczonych opisano w tabelach poniżej.

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.

Sposób 2 – katastrofalny:

Eligibility Method (2) - Catastrophic:

- Pacjenci, którzy w okresie 12 miesięcy zgromadzili znaczny dług medyczny w placówce HFH w wyniku katastrofalnej sytuacji medycznej, skutkującej wydatkami medycznymi z własnej kieszeni przekraczającymi 30% ich rocznego dochodu gospodarstwa domowego brutto.
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
- Stały pobyt w Stanach Zjednoczonych.

Permanent residence in the United States of America

- Posiadanie miejsca zamieszkania w głównym obszarze usług HFH, obejmującym hrabstwa Wayne, Macomb, Oakland i Jackson. W przypadku pacjentów ubiegających się o leczenie w placówce HFH zlokalizowanej poza wymienionymi powyżej hrabstwami pacjent może kwalifikować się do pomocy finansowej, jeśli jego stałe miejsce zamieszkania znajduje się w promieniu pięciu mil od placówki 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.

- Poddanie się leczeniu u usługodawcy HFH w placówce HFH.
Seeking treatment with a HFH Service Provider at a HFH Facility.

Pacjenci spełniający powyższe kryteria kwalifikacji do pomocy finansowej są uprawnieni do poniższego rabatu:

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

- Zaległy dług za usługi medyczne zostanie obniżony do 30% dochodu gospodarstwa domowego.
Patients will have their outstanding medical debt adjusted to 30% of their Household Income.
- Pacjenci, którzy kwalifikują się w ramach obu sposobów, otrzymają większy z tych dwóch rabatów.
Patients who qualify under both Method 1 and Method 2 will receive the larger of the two discounts.

Sposób 3 – domniemany:

Eligibility Method (3) - Presumptive:

- HFH może określić kwalifikacje do pomocy finansowej na zasadzie domniemania; wykorzystując ocenę stron trzecich, skierowania z programów społecznościowych i zatwierdzenia programów rządowych na podstawie dochodów.

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.

- Pacjentom kwalifikującym się do uzyskania pomocy finansowej na zasadzie domniemania może przysługiwać częściowy rabat lub pełny rabat w wysokości 100% na opiekę w nagłych wypadkach i opiekę niezbędną z medycznego punktu widzenia. Pacjenci o rocznym dochodzie wynoszącym maksymalnie 250% federalnego progu ubóstwa mogą być uprawnieni nawet do 100% rabatu. Pacjenci o rocznym dochodzie wynoszącym od 251% do 400% federalnego progu ubóstwa mogą być uprawnieni do częściowego rabatu. Wysokość rabatów w skali ruchomej dla pacjentów ubezpieczonych i nieubezpieczonych opisano w tabelach poniżej.

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.

Salda pacjentów kwalifikujące się do pomocy finansowej

Patient Balances Eligible for Financial Assistance

Salda pacjentów kwalifikujące się do rabatu w ramach pomocy finansowej zgodnie z niniejszą polityką mogą obejmować między innymi:

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

- Kwoty koasekuracji, odliczeń i współpłaty
Coinsurance, deductible and copayment amounts
- Opłaty od pacjentów objętych planem opieki zdrowotnej, który nie jest związany umową z HFH, lub gdy usługodawca HFH nie jest członkiem sieci planów opieki zdrowotnej
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
- Opłaty ubezpieczonych pacjentów, którzy wyczerpali swoje świadczenia
Charges for insured patients that have exhausted their benefits,
- Opłaty za nieobjęte ubezpieczeniem usługi świadczone na rzecz pacjentów objętych programami Commercial, Medicare lub Medicaid
Charges for non-covered services provided to patients covered under Commercial, Medicare, or Medicaid programs
- Opłaty pacjentów, którzy przekroczyli długość pobytu objętego programem Commercial, Medicare lub Medicaid
Charges for patients that have exceeded the length of stay covered under Commercial, Medicare, or Medicaid programs

Pomoc finansowa w ramach niniejszej polityki stanowi dodatek do rabatu dla pacjentów nieubezpieczonych określonych w naszej polityce rabatów dla osób nieubezpieczonych, o której egzemplarz można poprosić zespół pomocy finansowej pod numerem (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.

Tabele rabatów w skali ruchomej:
Sliding Scale Discount Tables:

Pacjenci nieubezpieczeni:
Uninsured Patients:

W przypadku kwalifikujących się nieubezpieczonych pacjentów o dochodach poniżej 400% FPL zobowiązanie pacjenta koryguje się do wartości procentowej kwoty dopuszczalnej przez Medicare zgodnie z poniższą tabelą:

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:

| Dochód gospodarstwa domowego Household Income | % stawki Medicare % of Medicare Rate |
|--|---|
| 351%–400% FPL 351% - 400% of the FPL | 91% |
| 301%–350% FPL 301% - 350% of the FPL | 61% |
| 251%–300% FPL 251% - 300% of the FPL | 30% |
| <250% FPL <250% of the FPL | 0% |

Kwalifikujący się nieubezpieczeni pacjenci o dochodzie niższym niż 250% FPL otrzymują rabat 100%.
Qualifying uninsured patients with incomes below 250% are given a 100% discount

Pacjenci ubezpieczeni:

Insured Patients:

W przypadku kwalifikujących się ubezpieczonych pacjentów o dochodach poniżej 400% FPL zobowiązanie pacjenta podlega rabatowi zgodnie z poniższą tabelą:

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

| Dochód gospodarstwa domowego Household Income | Zniżka od należnego salda Discount Off of Balance Due |
|--|--|
| 351%–400% FPL 351% - 400% of the FPL | 25% |
| 301%–350% FPL 301% - 350% of the FPL | 50% |
| 251%–300% FPL 251% - 300% of the FPL | 75% |
| <250% FPL <250% of the FPL | 100% |

Badanie aktywów:

Asset Test:

Przy określaniu uprawnień pacjenta do pomocy finansowej HFH wykorzystuje rabat w skali ruchomej, który uwzględnia dochód gospodarstwa domowego i kwalifikujące się aktywa pacjenta.

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.

Pacjent nie jest uprawniony do pomocy finansowej w ramach niniejszej polityki niezależnie od dochodów, jeżeli kwalifikujące się aktywa należące do jego gospodarstwa domowego są warte co najmniej 100 000 USD. Aktywa niewymienione jako aktywa chronione uznaje się za dostępne do pokrycia kosztów usług medycznych. HFH może wliczać nadwyżkę dostępnych aktywów jako dochód z bieżącego roku podczas ustalania poziomu zniżki proponowanej pacjentowi.

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.

Aktywa chronione:

Protected Assets:

- 100% pierwszego 1 mln USD udziału w pojedynczym głównym miejscu zamieszkania oraz 50% udziału w każdym kolejnym głównym miejscu zamieszkania
100% of the first \$1,000,000 of equity in a single primary personal residence; and 50% of equity in the primary residence thereafter
- Indywidualne konta emerytalne (Individual Retirement Account, IRA), konta 401k, programy emerytalne o wartości pieniężnej / świadczenia emerytalne
Reasonable assets used in a business
- Uzasadnione aktywa wykorzystywane w działalności gospodarczej
- Mienie osobiste
Personal property
- Plany oszczędnościowe na studia
College savings plans

Pacjenci, którzy nie kwalifikują się do pomocy finansowej:

Patients that do not Qualify for Financial Assistance:

Pacjenci nieubezpieczeni, którzy nie spełniają kryteriów pomocy finansowej zgodnie z niniejszą polityką lub innymi dostępnymi programami pomocy finansowej oferowanymi przez HFH, zostaną obciążeni opłatą za usługę na podstawie stawki zniżki dla nieubezpieczonych. Więcej informacji można znaleźć w polityce dotyczącej stawek zniżek dla pacjentów nieubezpieczonych na stronie <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>.

Pacjent może odwołać się od decyzji odmownej w sprawie wniosku o pomoc finansową, pisząc do Komisji ds. Pomocy Finansowej Henry Ford w ciągu 30 dni od daty decyzji odmownej placówki HFH, w której otrzymał opiekę. Kwalifikacja do uczestnictwa w programie pomocy finansowej dla pacjentów podlega zatwierdzeniu przez kierownictwo ds. cyklu finansowego (Revenue Cycle Management) HFH przy współpracy z zespołami ds. opieki klinicznej.

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.

Zagwarantowano możliwość wystąpienia wyjątków ze względu na specjalne okoliczności. Takie wyjątki będą rozpatrywane w zależności od przypadku. Wszelkie wyjątki nie stanowią zmiany w polityce ani gwarancji, że taka sama decyzja zostanie podjęta w przyszłości. W razie pytań dotyczących wniosku o pomoc finansową pacjenci mogą skontaktować się z nami pod numerem telefonu (313) 874-7800 lub pod adresem e-mail 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 should they have additional questions on their financial assistance application.

Ograniczenia kosztów pacjentów uprawnionych do pomocy finansowej **Limitations on Charges for Patients Eligible for Financial Assistance**

Pacjenci kwalifikujący się do pomocy finansowej zostaną obciążeni maksymalnie kwotą równą AGB za opiekę w nagłych wypadkach i opiekę niezbędną z medycznego punktu widzenia oraz maksymalnie kosztami brutto innego rodzaju opieki medycznej. Każdy obiekt HFH wykorzystuje metodę retrospektywną („look-back”) do obliczania jednego lub więcej procentów AGB. Wartość procentowa AGB jest obliczana poprzez podzielenie sumy wszystkich opłat za usługi medyczne i prywatnych ubezpieczycieli zdrowotnych, którzy zapłacili roszczenia na rzecz placówki HFH w okresie 12 miesięcy, przez sumę powiązanych opłat brutto za te roszczenia.

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.

Składanie wniosku o pomoc finansową: **Applying for Financial Assistance:**

Pacjenci i/lub poręczyciele mogą się ubiegać o pomoc finansową w dowolnym momencie w ciągu 240 dni od momentu przekazania pierwotnego rachunku przez HFH pacjentowi i/lub poręczycielowi. HFH z kolei rozpatrzy wniosek i podejmie decyzję o zakwalifikowaniu w ciągu 30 dni kalendarzowych od otrzymania wypełnionego wniosku. Wnioskodawca zostanie powiadomiony pisemnie o podjętej decyzji oraz o jej uzasadnieniu.

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.

Aby zakwalifikować się do pomocy finansowej, pacjent lub poręczyciel musi wypełnić wniosek o pomoc finansową dla pacjenta. Wniosek jest dostępny na stronie internetowej HFH poświęconej pomocy finansowej: <https://www.henryford.com/visitors/billing/financial-assistance>. Pacjent może przesłać pocztą lub faksem wypełniony wniosek wraz z wymaganą dokumentacją do Biura Korporacyjnego HFH w celu uzyskania decyzji. Adresy i numery faksów placówek HFH znajdują się w Załączniku 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.

Jeśli pacjent nie może pobrać wniosku za pośrednictwem strony internetowej HFH, należy zapoznać się z Załącznikiem A, aby poprosić o przesłanie wniosku w wersji papierowej do miejsca zamieszkania pacjenta. Wzór wniosku w innych językach dostępny jest pod adresem <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>.

Jeśli pacjent ma pytania dotyczące swojego wniosku i/lub potrzebuje pomocy w jego wypełnieniu, należy zapoznać się z Załącznikiem A, aby skontaktować się z placówką HFH, w której pacjent otrzymuje opiekę. **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**

Wymagane dokumenty mogą obejmować:

Required documentation may include:

- Federalną deklarację podatkową za ostatni rok (formularz 1040), w tym wszystkie odpowiednie załączniki
Federal Income Tax Return for the most recent tax year (Form 1040), including all applicable schedules
- Oświadczenie o wysokości płacy i podatku (formularz W-2) lub o innych dochodach (formularz 1099) z ostatniego roku
Most recent Wage and Tax Statements (Form W-2) and/or Miscellaneous Income (Form 1099)
- Aktualną kopię pasków wynagrodzeń z 2 ostatnich miesięcy danego roku każdego członka gospodarstwa domowego lub oświadczenie pracodawcy potwierdzające kwotę wynagrodzenia brutto
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
- Dowody uzyskania innych dochodów (np. z wynajmu)
Proof of other income (i.e. rental property, etc.)
- Aktualną kopię wyciągów z rachunków bankowych (bieżących i oszczędnościowych) z ostatnich dwóch miesięcy
Recent copy of the last 2 months of bank statement of checking/savings accounts
- Kopię ważnego prawa jazdy lub dowodu osobistego stanu Michigan
Copy of valid Michigan driver's license or Michigan state identification card
- Jeśli dotyczy – odpowiedź odmowną od Medicaid, Healthy Michigan lub Marketplace i/lub dokumentację związaną ze Skonsolidowaną ustawą zbiorczą o uzgadnianiu budżetu (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA)
If applicable, a denial response from Medicaid, Healthy Michigan or Marketplace, and/or COBRA documentation
- Oświadczenie pacjenta o osobistej potrzebie finansowej

Personal statement of financial need from the patient

HFH zastrzega sobie prawo do zażądania dodatkowej dokumentacji w przypadku konieczności dalszej weryfikacji dochodu i/lub uzyskania wyjaśnienia w związku z dostarczoną dokumentacją uzupełniającą. HFH nie może odmówić pomocy finansowej z powodu niedostarczenia przez wnioskodawcę dokumentacji, której niniejsza polityka lub wnioski o pomoc finansową wyraźnie nie wymagają.

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.

Rozliczenia i windykacja:

Billing and Collections:

Działania w zakresie rozliczeń i windykacji, które HFH może podjąć w związku z brakiem płatności, opisano w osobnej polityce rozliczeń i windykacji, którą można uzyskać bezpłatnie, kontaktując się z zespołem pomocy finansowej pod numerem (313) 874-7800 lub na stronie internetowej Henry Ford Health System pod adresem 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.

Załącznik A:
Appendix A:

| Placówka Facility | Adres Address | Nr telefonu / nr faksu / e-mail Phone/Fax #/E-mail |
|---|---|---|
| Henry Ford Health Jackson Hospital | Henry Ford Health Jackson Hospital Cashier Office 205 N East Avenue Jackson, MI 49201 | Telefon: (313) 874-7800 Phone: (313) 874-7800 Faks: (248) 654-6439 Fax: (248) 654-6439 |
| Henry Ford Hospital and Medical Centers | Henry Ford Hospital Financial Counseling Office 2799 West Grand Blvd. K-1, West 100 Clinic Building Detroit, MI 48202 | Telefon: (313) 874-7800 Phone: (313) 874-7800 Faks: (248) 654-6439 Fax: (248) 654-6439 |
| Henry Ford Macomb Hospitals | Henry Ford Macomb Hospital Cashier Office 15855 19 Mile Rd. Clinton Township, MI 48038 | Telefon: (313) 874-7800 Phone: (313) 874-7800 Faks: (248) 654-6439 Fax: (248) 654-6439 |
| Henry Ford West Bloomfield Hospital | Henry Ford West Bloomfield Hospital Lower-Level Finance 6777 West Maple West Bloomfield, MI 48322 | Telefon: (313) 874-7800 Phone: (313) 874-7800 Faks: (248) 654-6439 Fax: (248) 654-6439 |
| Henry Ford Wyandotte Hospital & Henry Ford Medical Center - Brownstown | Henry Ford Wyandotte Hospital Cashier Office 2333 Biddle Ave. Wyandotte, MI 48192 | Telefon: (313) 874-7800 Phone: (313) 874-7800 Faks: (248) 654-6439 Fax: (248) 654-6439 |

| | | |
|--|---|---|
| Henry Ford Kingswood Hospital | Henry Ford Kingswood Hospital ATTN: Recepcja 10300 West 8 Mile Rd. Ferndale, MI 48220 | Telefon: (313) 874-7800 Phone: (313) 874-7800 Faks: (248) 654-6439 Fax: (248) 654-6439 |
| Henry Ford Maplegrove Center | Henry Ford Maplegrove Center ATTN: Patient Access 6773 W. Maple Road West Bloomfield, MI 48322 | Telefon: (313) 874-7800 Phone: (313) 874-7800 Faks: (248) 654-6439 Fax: (248) 654-6439 |
| Henry Ford Health Corporate Business Office | Henry Ford Health PO Box 670884 Detroit, MI 48267-0884 | Telefon: (313) 874-7800 Phone: (313) 874-7800 Faks: (248) 654-6439 Fax: (248) 654-6439 E-mail: financialassistanceapp@HFHS.org E-mail: financialassistanceapp@HFHS.org |