

Hỗ trợ tài chính cho bệnh nhân

Patient Financial Assistance

A. Địa chỉ bệnh viện hoặc phòng khám

Hospital or Clinic Location

Vui lòng chọn (các) địa điểm nơi bệnh nhân đã nhận hoặc sẽ nhận các dịch vụ chăm sóc:

Select the location(s) where the patient received or will receive care:

- | | |
|---|--|
| <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 hoặc HF Health Center Brownstown |
| <input type="checkbox"/> HF Macomb Hospital | <input type="checkbox"/> Khác, vui lòng nêu rõ: |
| <input type="checkbox"/> HF Medical Centers | Other, please specify: |
| <input type="checkbox"/> HF Jackson Hospital | _____ |

B. Thông tin về bệnh nhân

Patient Information

Vui lòng hoàn tất mục này về bệnh nhân đang nhận dịch vụ chăm sóc:

Complete this section about the patient receiving care:

Tên bệnh nhân: _____

Patient Name:

Ngày sinh (Date of Birth, DOB): _____ Số hồ sơ y tế: _____

Date of Birth (DOB):

Medical Record Number:

Số An sinh xã hội: _____

Social Security Number:

Số căn cước của Người bảo lãnh: _____

Guarantor ID Number:

C. Bên chịu trách nhiệm (Người bảo lãnh)

Responsible Party (Guarantor)

Vui lòng hoàn tất mục này về người thanh toán hóa đơn y tế:

Complete this section about the person paying the medical bill:

Tên Bên chịu trách nhiệm (nếu khác với mục B): _____

Responsible Party Name (if different than section B):

Mối quan hệ với bệnh nhân: _____

Relationship to Patient:

Địa chỉ đường phố: _____

Street Address:

Thành phố, Tiểu bang, Mã bưu điện, Quốc gia: _____

City, State, Zip Code, Country:

Số điện thoại: _____ Số điện thoại nơi làm việc: _____

Phone Number:

Work Phone Number:

Chủ lao động: _____ Toàn thời gian Bán thời gian

Employer:

Full Time

Part Time

D. Xác minh điều kiện tham gia bảo hiểm y tế

Health Insurance Eligibility Verification

Chọn "có" hoặc "không" cho từng câu hỏi dưới đây:

Select 'yes' or 'no' for each of the following questions:

1. Có phải quý vị từng đăng ký hoặc bị từ chối Medicare không? Have you applied or been denied for Medicare?	<input type="checkbox"/> Có Yes	<input type="checkbox"/> Không No
a. Medicare Phần A? Medicare Part A?	<input type="checkbox"/> Có Yes	<input type="checkbox"/> Không No
b. Medicare Phần B? Medicare Part B?	<input type="checkbox"/> Có Yes	<input type="checkbox"/> Không No
c. Medicare Phần C? Medicare Part C?	<input type="checkbox"/> Có Yes	<input type="checkbox"/> Không No
2. Có phải quý vị từng đăng ký hoặc bị từ chối Medicaid không? Have you applied or been denied for Medicaid?	<input type="checkbox"/> Có Yes	<input type="checkbox"/> Không No
a. Nếu quý vị bị từ chối, có phải quyết định từ chối đó là trong vòng 90 ngày qua không? If you were denied, was the denial within the last 90 days?	<input type="checkbox"/> Có Yes	<input type="checkbox"/> Không No
3. Quý vị có đang đăng ký nhận hỗ trợ tài chính cho các dịch vụ liên quan tới: Are you applying for financial assistance services related to:	<input type="checkbox"/> Có Yes	<input type="checkbox"/> Không No
a. Tai nạn xe cơ giới (Motor vehicle accident, MVA)? Motor vehicle accident (MVA)?		

b. Nạn nhân của tội phạm? Crime victim?	<input type="checkbox"/> Có Yes	<input type="checkbox"/> Không No
c. Trợ cấp cho người lao động? Workers compensation?	<input type="checkbox"/> Có Yes	<input type="checkbox"/> Không No
d. Chấn thương khác (ví dụ: trượt ngã)? Other injury (for example, slip and fall)?	<input type="checkbox"/> Có Yes	<input type="checkbox"/> Không No
4. Chủ lao động của quý vị hoặc chủ lao động của vợ/chồng quý vị có cung cấp bảo hiểm y tế tập thể không? Does your employer or spouse's employer offer group health insurance?	<input type="checkbox"/> Có Yes	<input type="checkbox"/> Không No
5. Quý vị có bảo hiểm trong 3-6 tháng qua thông qua chủ lao động của quý vị hay chủ lao động của vợ/chồng quý vị không? Did you have coverage in the last 3 to 6 months through your employer or spouse's employer?	<input type="checkbox"/> Có Yes	<input type="checkbox"/> Không No
a. Nếu có, quý vị có COBRA không? If yes, is COBRA available to you?	<input type="checkbox"/> Có Yes	<input type="checkbox"/> Không No
6. Quý vị có bảo hiểm y tế nào khác không? Do you have any other health insurance?	<input type="checkbox"/> Có Yes	<input type="checkbox"/> Không No
a. Nếu có, vui lòng cung cấp thông tin về bảo hiểm đó: If yes, please provide the insurance information:		
7. Quý vị có phải là cư dân thường trú sống tại khu vực dịch vụ của Henry Ford Health không? Are you a permanent resident who lives within the Henry Ford Health service area?	<input type="checkbox"/> Có Yes	<input type="checkbox"/> Không No

E. Các thành viên hộ gia đình và thu nhập từ việc làm của hộ gia đình Household Members and Household Employment Income

Vui lòng hoàn tất mục này về hộ gia đình của bệnh nhân:

Complete this section about the patient's household:

Có bao nhiêu người trong hộ gia đình quý vị? _____ Vui lòng liệt kê

mọi thành viên có thu nhập trong hộ gia đình (đính kèm thêm giấy nếu cần):

How many people are in your household? _____ **List any**

household member who earns an income (attach another sheet if needed):

Tên thành viên trong hộ gia đình Household Member Name	Mối quan hệ với bệnh nhân Relationship to Patient	Tổng thu nhập hàng tháng (trước khi khấu trừ) Monthly Gross Income (before deductions)
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$
		Tổng thu nhập hàng tháng của hộ gia đình: Total Monthly Gross Income:

F. Thu nhập khác của hộ gia đình **Household Other Income**

Hãy hoàn tất mục này về thu nhập khác của bệnh nhân nếu đây là các nguồn thu nhập khác:
Complete this section about the patient's other income if these are other sources of income:

Các nguồn thu nhập khác Other Income Sources	Số tiền mỗi tháng Amount Per Month
Tiền cấp dưỡng sau ly hôn/cấp dưỡng nuôi con Child Support/Alimony	\$
Trợ cấp cho trẻ tạm nuôi, thu nhập của ủy viên quản trị thị trấn, thu nhập nhà thờ, v.v. Foster Care, Township Trustee, Church Income, etc.	\$
Lương hưu, An sinh xã hội, An sinh xã hội cho người khuyết tật Pension, Social Security, Social Security Disability	\$
Bất động sản cho thuê Rental Property	\$
Trợ cấp hàng năm, tiền lãi, tiền lương hưu Annuities, Interest, Retirement Distribution	\$
Trợ cấp thất nghiệp hoặc trợ cấp cho người lao động Unemployment or Worker's Compensation	\$
Khác (vui lòng nêu rõ) Other (please specify)	\$
Tổng các nguồn thu nhập khác Total Other Income Sources	\$

G. Tài sản của hộ gia đình

Household Assets

Hoàn thành phần này về tài sản của hộ gia đình bệnh nhân nếu đây là tài sản của hộ gia đình:
Complete this section about the patient's household assets if these are household assets:

Loại tài sản Type of Asset	Tổng Total
Tiền mặt Cash	\$
Tài khoản tiết kiệm Savings Account	\$
Tài khoản thanh toán Checking Account	\$
Cổ phần Stocks	\$
Trái phiếu Bonds	\$
Trái phiếu tiết kiệm Savings Bonds	\$
Chứng nhận tiền gửi (Certificate of Deposit, CD) Certificates of Deposit (CDs)	\$
Tài khoản thị trường tiền tệ Money Market Accounts	\$
Quỹ tương hỗ Mutual Funds	\$
Quỹ tín thác Trusts	\$
Tổng tài sản Total Assets	\$

H. Chi phí hằng tháng của hộ gia đình

Monthly Household Expenses

Hãy hoàn tất mục này về chi phí hộ gia đình của bệnh nhân nếu hộ gia đình có bất kỳ chi phí nào:

Complete this section about the patient's household expenses if there are any household expenses:

Loại chi phí Type of Expense	Số tiền mỗi tháng Amount Per Month
Tiền thuê nhà Rent	\$
Tiền trả góp Mortgage	\$
Tiền cấp dưỡng nuôi con Child Support	\$
Đồ tạp hóa Groceries	\$
Thanh toán tiền xe Vehicle Payment	\$
Các hóa đơn chung General Bills	\$
Tổng chi phí hằng tháng của hộ gia đình Total Monthly Household Expenses	\$

I. Ủy quyền Authorization

Theo đây, tôi cho phép tiết lộ thông tin có trong đơn đăng ký này cho Henry Ford Health (HFH) nhằm xác định điều kiện nhận hỗ trợ tài chính của tôi theo các chính sách và thủ tục của HFH. Tôi cho phép HFH xác minh thông tin này khi cần thiết, có thể bao gồm nhưng không giới hạn ở việc nhận báo cáo của cơ quan tín dụng, xác minh tình trạng việc làm và/hoặc thu nhập và thu thập các giấy tờ chứng minh phù hợp. Mọi thông tin và tài liệu về thu nhập do tôi cung cấp trong đơn đăng ký này đều đúng, chính xác và đầy đủ như được trình bày. Nếu bất cứ khi nào xác định được rằng thông tin mà tôi cung cấp là sai hoặc không chính xác, tất cả khoản hỗ trợ tài chính sẽ bị thu hồi và tôi sẽ chịu trách nhiệm thanh toán đầy đủ và ngay lập tức bất kỳ và tất cả các số dư chưa thanh toán. Tôi cũng đồng ý chịu trách nhiệm thanh toán mọi khoản tiền phải trả sau khi trừ đi khoản giảm giá một phần theo chính sách hỗ trợ tài chính.

I hereby authorize the release of the information contained in this application to Henry Ford Health (HFH) for the determination of my eligibility status for financial assistance in accordance with HFH policies and procedures. I authorize HFH to verify this information as necessary, which may include but is not limited to, obtaining a credit bureau report, verifying employment and/or income, and obtaining appropriate supporting documents. All information and income documentation provided by me in this application is true, accurate and complete as shown. If it is determined at any time the information I provided was false or inaccurate, all financial assistance will be reversed, and I will accept responsibility for full and immediate payment of any and all outstanding balances. I also agree to accept payment responsibility for any amount due after any partial financial assistance discounts.

Tên viết in hoa: _____

Print Name:

Mối quan hệ với bệnh nhân: _____

Relationship to Patient:

Chữ ký: _____

Signature:

Ngày: _____

Date:

Vui lòng xác minh rằng quý vị đã hoàn tất tài liệu này và cung cấp tất cả các giấy tờ liên quan cần thiết để xử lý yêu cầu của quý vị trước khi gửi lại đơn đăng ký:

Please verify that you have completed this document and provided all applicable documentation needed to process your request before you return your application:

Đã điền tất cả các trang của đơn đăng ký, bao gồm phần chữ ký và ghi ngày.
Completed all pages of application, including signature and date.

Gửi kèm Bảng kê khai lương và thuế (Mẫu W-2) của năm gần đây nhất và/hoặc Thu nhập khác (Mẫu 1099).
Attached your most recent year Wage and Tax Statements (Form W-2) and or Miscellaneous Income (Form 1099).

- Gửi kèm phiếu lương 2 tháng gần đây nhất cho thấy thu nhập từ đầu năm đến nay của mỗi thành viên trong hộ gia đình.
Attached last 2 months of pay stubs with year-to-date earnings for each member of the household.
- Gửi kèm tờ khai Thuế thu nhập liên bang của quý vị cho năm gần đây nhất (Mẫu 1040).
Attached your Federal Income Tax return for the most recent year (form 1040).
- Gửi kèm bản sao bằng lái xe Michigan hoặc thẻ căn cước tiểu bang Michigan hợp lệ của quý vị.
Attached a copy of your Michigan driver's license or Michigan state identification card.
- Gửi kèm bản sao kê ngân hàng của hai tháng gần đây nhất: tài khoản thanh toán/tiết kiệm.
Attached your last two months of recent bank statements: checking/savings.
- Gửi kèm bằng chứng về thu nhập khác (ví dụ: thu nhập từ tiền thuê nhà, v.v.)
Attached proof of other income (or example: rental income, etc.)
- Gửi kèm bản sao các thẻ bảo hiểm y tế nếu quý vị có bảo hiểm.
Attached copies of medical insurance cards if you have coverage.
- Gửi kèm bản sao thư từ chối Medicaid nếu quý vị đã đăng ký và bị từ chối.
Attached a copy of the Medicaid denial letter if you applied and were denied.

Vui lòng lưu ý rằng quý vị có thể phải nộp một bản tuyên bố về nhu cầu tài chính cá nhân để đánh giá thêm đơn đăng ký của quý vị.

Please note, a statement of personal financial need may be required to further evaluate your application.