

**A** Local do hospital ou clínica: *Selecione o(s) local(is) onde o paciente recebeu ou receberá atendimento*

- Henry Ford Hospital       HF Kingswood Hospital       HF Macomb Hospital  
 HF Medical Centers       HF West Bloomfield Hospital       HF Allegiance Hospital  
 HF Wyandotte Hospital ou HF Health Center Brownstown       Outro (especifique): \_\_\_\_\_

**B** Informações do paciente: *Preencha esta seção com os dados do paciente que recebeu tratamento*

Nome do paciente: \_\_\_\_\_ DN: \_\_\_\_\_  
 No. Seguro Social: \_\_\_\_\_ MRN: \_\_\_\_\_ ID do responsável: \_\_\_\_\_

**C** Pessoa responsável: *Preencha esta seção sobre a pessoa que pagará as despesas médicas*

Nome da pessoa responsável: \_\_\_\_\_ Relação com o paciente: \_\_\_\_\_  
*(se for diferente da Seção B)*  
 Endereço: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_  
 Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ ZIP/CEP: \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_  
 Empregador: \_\_\_\_\_  Período integral  Meio período      Telefone comercial: \_\_\_\_\_

**D** Verificação de qualificação do seguro de saúde

<p>1. Você se candidatou ao Medicare ou Medicaid ou teve a candidatura negada por eles?</p> <p>1a. Medicare Parte A 1b. Medicare Parte B 1c. Medicare Parte C 1d. Medicaid</p> <p><i>Se você teve a candidatura negada para o Medicaid, isso ocorreu nos últimos 90 dias?</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim  <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim  <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim  <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim  <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p>	<p>4. Seu empregador ou o empregador do seu cônjuge oferece seguro de saúde em grupo?</p> <p>4a. Você teve cobertura de seguro pelo seu empregador nos últimos 3 a 6 meses?</p> <p><b>Se sim</b>, a extensão COBRA está disponível?</p>	<p><input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim  <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim  <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p>
<p>2. Está pedindo assistência financeira quanto aos serviços relacionados aos itens abaixo?</p> <p>2a. Acidente de trânsito (Motor Vehicle Accident, MVA) 2b. Vítima de crime 2c. Seguro de acidente no trabalho 2d. Outras lesões (como queda ao escorregar)</p>	<p><input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim  <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim  <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim  <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p>	<p>5. Você tem algum outro seguro de saúde?</p> <p>Se sim, forneça as informações da seguradora:</p> <p>6. Você é um residente permanente da área do Henry Ford Health System Service?</p>	<p><input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim  <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim</p>

**E** Pessoas do domicílio e renda familiar

Quantas pessoas moram no seu domicílio? \_\_\_\_\_

Faça uma lista de todas as pessoas do domicílio que possuem rendimentos (anexe uma folha adicional, se necessário):

Nome da pessoa do domicílio	Relação com o candidato	Renda mensal bruta (antes do desconto)
		US\$
		US\$
		US\$
<b>Renda mensal bruta total</b>		<b>US\$</b>

**F** Outra renda familiar (não proveniente de trabalho)

Outras fontes de renda	Valor por mês
Pensão alimentícia	US\$
Guarda de menor, Township Trustee, receita da igreja etc.	US\$
Aposentadoria, seguro social, seguro de invalidez	US\$
Receita de aluguel	US\$
Anuidades, juros, parcelas de pagamento da aposentadoria	US\$
Seguro desemprego ou de acidente no trabalho	US\$
Outros ( <i>especifique</i> )	US\$
<b>Total de outras fontes de renda</b>	<b>US\$</b>

**G** Bens da família

Tipo de ativo	Total
Em dinheiro	US\$
Conta poupança	US\$
Conta corrente	US\$
Ações	US\$
Títulos	US\$
Títulos de poupança	US\$
Certificados de depósito (CDs)	US\$
Contas do mercado monetário	US\$
Fundos mútuos	US\$
Fundos fiduciários	US\$
<b>Total de ativos</b>	<b>US\$</b>

**H** Despesas mensais da família

Tipo de despesa	Valor por mês
Aluguel	US\$
Hipoteca	US\$
Pensão alimentícia, filhos	US\$
Compra de mantimentos	US\$
Pagamento de veículo	US\$
Contas gerais	US\$
<b>Total de despesas mensais da família:</b>	<b>US\$</b>

Autorização

Autorizo, pelo presente, a divulgação das informações contidas neste requerimento ao Henry Ford Health System (HFHS), que irá determinar se eu tenho direito a receber assistência financeira, de acordo com as políticas e procedimentos do HFHS. Autorizo o HFHS a conferir estas informações, se necessário, o que pode incluir dentre outras, a obtenção de um relatório de um agente de informações de crédito, verificação de emprego e/ou renda e obtenção dos devidos comprovantes. Todas as informações e documentação de renda fornecidas por mim por força do presente são verdadeiras, corretas e completas, conforme mostradas. Se a qualquer momento for determinado que a informação que eu forneci era falsa ou incorreta, toda assistência financeira será revertida, e eu aceitarei a responsabilidade pelo pagamento integral e imediato de todo saldo devedor existente. Concordo também em aceitar a responsabilidade pelo pagamento de todo valor devido após os eventuais descontos parciais da assistência financeira.

Nome em letra de forma: \_\_\_\_\_ Relação com o paciente: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

**Confirme se você preencheu e forneceu toda a documentação aplicável necessária para processar seu requerimento antes de devolvê-lo:**

<input type="checkbox"/> Todas as páginas do requerimento estão preenchidas, incluindo assinatura e data	<input type="checkbox"/> Imposto de renda e comprovação salarial (Formulário W-2) e/ou Rendimentos diversos (Formulário 1099) mais recentes	<input type="checkbox"/> Holerites dos últimos 2 meses com os rendimentos acumulados do ano de cada membro da família
<input type="checkbox"/> Restituição de imposto de renda do ano mais recente (Formulário 1040)	<input type="checkbox"/> Cópia de uma carteira de motorista ou de um documento de identificação válido do estado de Michigan	<input type="checkbox"/> Extratos bancários dos últimos dois meses: conta corrente/poupança
<input type="checkbox"/> Comprovação de outra renda (renda de aluguéis etc.)	<input type="checkbox"/> Cópias dos cartões de seguro médico, caso você tenha cobertura	<input type="checkbox"/> Cópia da carta de recusa do Medicaid, caso você tenha se inscrito e tenha sido recusado

**Observe que uma declaração de necessidade financeira pessoal pode ser solicitada para avaliar seu requerimento.**