

A

Расположение больницы или клиники: *выберите местоположения, в которых пациент получил (будет получать) медицинскую помощь*

- Henry Ford Hospital                       HF Kingswood Hospital                       HF Macomb Hospital  
 HF Medical Centers                       HF West Bloomfield Hospital                       HF Allegiance Hospital  
 HF Wyandotte Hospital или HF Health Center Brownstown                       Другое (укажите) ( \_\_\_\_\_ )

B

Имя и фамилия пациента: *укажите в этом разделе данные пациента, получающего медицинскую помощь*

Имя пациента: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_  
 Номер социального страхования: \_\_\_\_\_ Идентификатор поручителя: \_\_\_\_\_  
 MRN: \_\_\_\_\_

C

Ответственное лицо (поручитель): *укажите в этом разделе данные лица, оплачивающего счет за медицинские услуги*

Имя ответственного лица: \_\_\_\_\_ Кем приходится пациенту: \_\_\_\_\_  
*(если отличается от лица, указанного в разделе B)*  
 Адрес: \_\_\_\_\_ Телефон: \_\_\_\_\_  
 Город: \_\_\_\_\_ Штат: \_\_\_\_\_ Индекс: \_\_\_\_\_ Округ: \_\_\_\_\_  
 Работодатель: \_\_\_\_\_  Полная занятость  Частичная занятость Рабочий телефон: \_\_\_\_\_

D

Проверка права на получение услуг медицинского страхования

<p>1. Подавали ли вы заявку на участие в программе Medicare или Medicaid либо была ли она отклонена?</p> <p>1a. Medicare, часть A 1b. Medicare, часть B 1c. Medicare, часть C 1d. Medicaid</p> <p><i>Если Ваша заявка на участие в программе Medicaid была отклонена, произошло ли это в течение последних 90 дней?</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да  <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да  <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да  <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да</p> <p><input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да</p>	<p>4. Предлагает ли ваш работодатель или работодатель вашего супруга/супруги групповое медицинское страхование?</p> <p>4a. Была ли у вас страховка от работодателя в течение последних 3–6 месяцев?</p> <p><b>Если да, доступны ли выплаты COBRA?</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да  <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да  <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да</p>
<p>2. Подаете ли вы заявку на получение финансовой помощи в связи с услугами, которые относятся к перечисленным ниже категориям?</p> <p>2a. Помощь после дорожно-транспортного происшествия (ДТП) 2b. Помощью жертве преступления 2c. Выплата за травму на рабочем месте 2d. Выплата за другую травму (например, в результате падения)</p>	<p><input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да  <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да  <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да  <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да</p>	<p>5. Имеется ли у вас другая медицинская страховка?</p> <p>Если да, укажите информацию о ней:</p> <p>6. Проживаете ли вы на постоянной основе в США и проживаете ли вы в районе, обслуживаемом Henry Ford Health System?</p>	<p><input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да  <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да</p>

Е

Доход и трудоустройство членов домохозяйства

Сколько людей живет вместе с вами? \_\_\_\_\_

Укажите всех проживающих с вами лиц, у которых есть доход (при необходимости приложите дополнительный лист):

Имя и фамилия члена домохозяйства	Кем приходится заявителю	Совокупный ежемесячный доход (до вычетов)
		\$
		\$
		\$
<b>Общий совокупный ежемесячный доход</b>		<b>\$</b>

Ф

Другие доходы домохозяйства (несвязанные с работой)

Другие источники дохода	Сумма в месяц
Пособия на ребенка / алименты	\$
Семейный уход (опека), попечитель городского совета, доход из церковных источников и т. п.	\$
Пенсия, социальное пособие, социальное пособие по нетрудоспособности	
Имущество, сдаваемое в аренду	\$
Рента, процентный доход, пенсионные выплаты	\$
Выплаты по безработице или нетрудоспособности	\$
Другое (укажите)	\$
<b>Всего из других источников дохода</b>	<b>\$</b>

Г

Активы домохозяйства

Тип активов	Всего
Наличные	\$
Сберегательный счет	\$
Чековый счет	\$
Акции	\$
Облигации	\$
Сберегательные облигации	\$
Депозитные сертификаты	\$
Счета на денежных рынках	\$
Фонды совместного инвестирования	\$
Трасты	\$
<b>Всего активов</b>	<b>\$</b>

Н

Ежемесячные расходы домохозяйства

Тип расходов	Сумма в месяц
Аренда	\$
Ипотека	\$
Пособия на ребенка	\$
Продукты	\$
Выплаты за автомобиль	\$
Общие счета	\$
<b>Всего ежемесячных расходов домохозяйства:</b>	\$

I

Разрешение

Настоящим я разрешаю передать информацию, содержащуюся в этой заявке, Henry Ford Health System (HFHS) с целью принятия решения о моем праве на получение финансовой помощи в соответствии с правилами и процедурами HFHS. Я даю HFHS право провести все необходимые проверки этой информации, включая, помимо прочего, получение отчетов из кредитных бюро, проверку сведений о трудоустройстве и/или доходе и получение других подтверждающих документов. Все сведения и подтверждающие источники дохода документы, предоставленные мною в этой заявке, являются достоверными, точными и полными. Если в какой-либо момент выяснится, что предоставленная мною информация является недостоверной или неточной, вся финансовая помощь в мой адрес будет прекращена и я приму ответственность по полному и незамедлительному возмещению всех уже полученных средств. Я также обязуюсь принять ответственность за выплату всех сумм, причитающихся после расчета всех скидок на частичную финансовую помощь.

Имя и фамилия печатными буквами: \_\_\_\_\_ Кем приходится пациенту: \_\_\_\_\_

Подпись: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

**Убедитесь, что заполнили и предоставили все документы, необходимые для обработки вашего запроса, прежде чем подавать заявку.**

<input type="checkbox"/> Заполнены все страницы заявки, включая подпись и дату	<input type="checkbox"/> Выписки с данными о заработной плате и налогах (форма W-2) и/или прочих доходах (форма 1099) за последний год	<input type="checkbox"/> Платежные квитанции за последние 2 месяца, подтверждающие доходы каждого члена домохозяйства с начала года
<input type="checkbox"/> Декларация по федеральному подоходному налогу за последний год (форма 1040)	<input type="checkbox"/> Копия водительского удостоверения или идентификационной карты штата Мичиган	<input type="checkbox"/> Банковские выписки по чековому/сберегательным счетам за последние два месяца
<input type="checkbox"/> Подтверждение прочих доходов (например, от ренты и т. п.)	<input type="checkbox"/> Копии карт медицинского страхования (если у вас есть страховка)	<input type="checkbox"/> Копия письма с отказом в регистрации в системе Medicaid, если вы подавали соответствующую заявку и получили отказ

**Обратите внимание, что для дальнейшей оценки вашей заявки может потребоваться заявление о необходимости личной финансовой помощи.**