

A

Địa Chỉ Bệnh Viện hoặc Phòng Khám: *Vui lòng chọn (các) địa điểm nơi bệnh nhân đã nhận (sẽ nhận) dịch vụ chăm sóc*

- Henry Ford Hospital HF Kingswood Hospital HF Macomb Hospital
 HF Medical Centers HF West Bloomfield Hospital HF Allegiance Hospital
 HF Wyandotte Hospital hoặc HF Health Center Brownstown Khác, Vui Lòng Nêu Rõ (_____)

B

Thông Tin về Bệnh Nhân: *Vui lòng hoàn tất mục này về bệnh nhân đang nhận dịch vụ chăm sóc*

Tên Bệnh Nhân: _____ Ngày Sinh: _____
 Số An Sinh Xã Hội: _____ Số Hồ Sơ Y Tế (MRN): _____ ID Người Bảo Lãnh: _____

C

Bên Chịu Trách Nhiệm (Người Bảo Lãnh): *Vui lòng hoàn tất mục này về người thanh toán hóa đơn y tế*

Tên Bên Chịu Trách Nhiệm: _____ Quan Hệ với Bệnh Nhân: _____
(nếu khác với Mục B)
 Địa Chỉ Đường Phố: _____ Điện Thoại: _____
 Thành Phố: _____ Tiểu Bang: _____ Mã Zip: _____ Quận _____
 Chủ Lao Động: _____ Toàn thời gian Bán thời gian Điện Thoại Cơ Quan: _____

D

Xác Minh Điều Kiện Hội Đủ Bảo Hiểm Y Tế

<p>1. Quý vị đã từng nộp đơn đăng ký hoặc bị từ chối Medicare hoặc Medicaid chưa?</p> <p>1a. Medicare Phần A 1b. Medicare Phần B 1c. Medicare Phần A 1d. Medicaid</p> <p><i>Nếu quý vị đã bị từ chối Medicaid, việc từ chối đó có diễn ra trong vòng 90 ngày qua không?</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có</p>	<p>4. Chủ lao động của quý vị hoặc chủ lao động của vợ/chồng quý vị có cung cấp bảo hiểm y tế nhóm không?</p> <p>4a. Quý vị có bảo hiểm trong 3-6 tháng qua thông qua chủ lao động của quý vị không?</p> <p>Nếu có, có COBRA không?</p>	<p><input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có</p>
<p>2. Quý vị có nộp đơn đăng ký hỗ trợ tài chính cho các dịch vụ liên quan tới:</p> <p>2a. Tai Nạn Xe Cơ Giới (MVA) 2b. Nạn Nhân Của Tội Phạm 2c. Bồi Thường Cho Người Lao Động 2d. Thương Tích Khác (ví dụ: Trượt và Té Ngã)</p>	<p><input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có</p>	<p>5. Quý vị có bảo hiểm y tế nào khác không? Nếu có, vui lòng cung cấp thông tin về bảo hiểm đó:</p> <p>6. Quý vị có phải là thường trú nhân sống tại khu vực dịch vụ của Henry Ford Health System không?</p>	<p><input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Có</p>

E

Các Thành Viên Hộ Gia Đình & Thu Nhập từ Việc Làm Của Hộ Gia Đình

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):

Tên Thành Viên Trong Hộ Gia Đình	Quan Hệ với Người Nộp Đơn	Tổng Thu Nhập Hàng Tháng (trước khi khấu trừ)
		\$
		\$
		\$
Tổng Thu Nhập Hàng Tháng Của Hộ Gia Đình		\$

F

Thu Nhập Khác Của Hộ Gia Đình (Không phải từ Việc Làm)

Các Nguồn Thu Nhập Khác	Số Tiền mỗi Tháng
Tiền Cấp Dưỡng Cho Vợ/Chồng/Con Cái	\$
Trợ Cấp Cho Trẻ Tạm Nuôi, Ủy Viên Quản Trị Khu Vực Nhỏ, Thu Nhập Nhà Thờ, v.v.	\$
Trợ Cấp, An Sinh Xã Hội, Khuyết Tật An Sinh Xã Hội	\$
Bất Động Sản Cho Thuê	\$
Trợ Cấp Hàng Năm, Tiền Lãi, Phân Bỏ Lương Hưu	\$
Trợ Cấp Thất Nghiệp hoặc Bồi Thưởng Cho Người Lao Động	\$
Khác (Vui lòng nêu rõ)	\$
Tổng Các Nguồn Thu Nhập Khác	\$

G

Tài Sản Của Hộ Gia Đình

Loại Tài Sản	Tổng
Tiền Mặt	\$
Tài Khoản Tiết Kiệm	\$
Tài Khoản Giao Dịch	\$
Cổ Phần	\$
Trái Phiếu	\$
Trái Phiếu Tiết Kiệm	\$
Chứng Nhận Tiền Gửi (CD)	\$
Tài Khoản Thị Trường Tiền Tệ	\$
Quỹ Tương Hồ	\$
Quỹ Tín Thác	\$
Tổng Tài Sản	\$

H

Chi Phí Hàng Tháng Của Hộ Gia Đình

Loại Chi Phí	Số Tiền mỗi Tháng
Tiền Thuê Nhà	\$
Tiền Trả Góp	\$
Tiền Cấp Dưỡng Nuôi Con	\$
Đồ Tạp Hóa	\$
Thanh Toán Tiền Xe	\$
Các Hóa Đơn Chung	\$
Tổng Chi Phí Hàng Tháng Của Hộ Gia Đình:	\$

Ủy Quyền Cho Phép

Tôi sau đây ủy quyền cho phép tiết lộ thông tin có trong đơn đăng ký này cho Henry Ford Health System (HFHS) đối với việc xác định tình trạng hội đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính theo các chính sách và quy trình của HFHS. Tôi ủy quyền cho phép HFHS xác minh thông tin này khi cần, có thể bao gồm nhưng không chỉ giới hạn ở, việc nhận báo cáo của công ty lưu trữ hồ sơ tín dụng, xác minh việc làm và/hoặc thu nhập và nhận 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 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 đến hạn sau khi trừ đi khoản giảm giá hỗ trợ tài chính một phần.

Tên Viết In Hoa: _____ Quan Hệ với Bệnh Nhân: _____

Chữ Ký: _____ Ngày: _____

Vui lòng xác nhận rằng quý vị đã hoàn tất và cung cấp tất cả các tài liệu áp dụng cần thiết để xử lý yêu cầu của quý vị trước khi gửi lại đơn đăng ký:

<input type="checkbox"/> Đã điền tất cả các trang của đơn đăng ký, kể cả phần chữ ký và ghi ngày	<input type="checkbox"/> Bảng kê Khai Lương và Thuế (Biểu Mẫu W-2) của năm gần đây nhất và/hoặc Thu Nhập Tổng Hợp (Biểu Mẫu 1099)	<input type="checkbox"/> Phiếu lương 2 tháng gần đây nhất với thu nhập từ đầu năm đến nay của mỗi thành viên trong hộ gia đình
<input type="checkbox"/> Tờ khai Thuế Thu Nhập Liên Bang cho năm gần đây nhất (biểu mẫu 1040)	<input type="checkbox"/> Bản sao bằng lái xe Michigan hoặc thẻ căn cước của tiểu bang Michigan hợp lệ	<input type="checkbox"/> Bản sao kê ngân hàng hai tháng gần đây nhất: thanh toán/tiết kiệm
<input type="checkbox"/> Bảng chứng về thu nhập khác (ví dụ: Thu Nhập từ Tiền Thuế Nhà, v.v.)	<input type="checkbox"/> Gửi kèm cả bản sao các thẻ bảo hiểm nếu quý vị có bảo hiểm	<input type="checkbox"/> Gửi kèm cả bản sao thư từ chối Medicaid nếu quý vị đã nộp đơn đăng ký và bị từ chối

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