

A Umístění nemocnice nebo kliniky: *Vyberte místa, ve kterých pacientovi byla (nebo bude) poskytnuta péče.*

- Henry Ford Hospital HF Kingswood Hospital HF Macomb Hospital
 HF Medical Centers HF West Bloomfield Hospital HF Allegiance Hospital
 HF Wyandotte Hospital nebo HF Health Center Brownstown Jiné, uveďte (_____)

B Údaje pacienta: *Vyplňte tuto část o pacientovi, kterému byla poskytnuta péče.*

Jméno pacienta: _____ Datum narození: _____
 Rodné číslo: _____ Číslo lékařského záznamu (MRN): _____ ID ručitele: _____

C Odpovědná osoba (ručitel): *Vyplňte tuto část o osobě, která platí účet za lékařské výlohy.*

Jméno odpovědné osoby (pokud se liší od osoby v oddílu B): _____ Vztah k pacientovi: _____
 Ulice: _____ Telefon: _____
 Město: _____ Stát: _____ PSČ: _____ Okres: _____
 Zaměstnavatel: _____ Plný úvazek Částečný úvazek Pracovní telefon: _____

D Ověření nároku na zdravotní pojištění

<p>1. Požádali jste o zařazení do programu Medicare nebo Medicaid nebo jste byli odmítnuti?</p> <p>1a. Medicare, část A 1b. Medicare, část B 1c. Medicare, část C 1d. Medicaid</p> <p><i>Pokud jste byli pro program Medicaid odmítnuti, proběhlo odmítnutí během posledních 90 dní?</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano</p>	<p>4. Nabízí váš zaměstnavatel nebo zaměstnavatel vašeho manžela / vaší manželky skupinové zdravotní pojištění?</p> <p>4a. Měli jste v posledních 3 až 6 měsících krytí prostřednictvím svého zaměstnavatele?</p> <p>Pokud ano, je k dispozici COBRA?</p>	<p><input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano</p>
<p>2. Žádáte o finanční pomoc pro služby související s následujícími případy:</p> <p>2a. Nehoda motorového vozidla (Motor Vehicle Accident, MVA) 2b. Oběť zločinu 2c. Pojištění odpovědnosti zaměstnance 2d. Jiné zranění (např. zakopnutí a pád)</p>	<p><input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano</p>	<p>5. Máte nějaké další zdravotní pojištění?</p> <p>Pokud ano, uveďte informace o pojištění:</p> <p>6. Máte trvalý pobyt v oblasti, kde jsou poskytovány služby Henry Ford Health System?</p>	<p><input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano</p>

E Členové domácnosti a příjem domácnosti ze zaměstnání

Kolik lidí žije ve vaší domácnosti? _____

Uvedte všechny členy domácnosti, kteří mají příjem (v případě potřeby přiložte další list):

Jméno člena domácnosti	Vztah k žadateli	Měsíční hrubý příjem (před srážkami)
		\$
		\$
		\$
Celkový měsíční hrubý příjem		\$

F Jiný příjem domácnosti (nikoli ze zaměstnání)

Další zdroje příjmu	Částka za měsíc
Výživné na děti / Alimenty	\$
Pěstounská péče, správce správní oblasti, církevní příjem atd.	\$
Důchod, sociální zabezpečení, invalidní důchod	\$
Pronájem nemovitosti	\$
Renty, úroky, výslužba	\$
Podpora v nezaměstnanosti nebo pojištění odpovědnosti zaměstnance	\$
Jiné (uved'te)	\$
Další zdroje příjmu celkem	\$

G Aktiva domácnosti

Typ aktiva	Celkem
Hotovost	\$
Spořicí účet	\$
Běžný účet	\$
Akcie	\$
Dluhopisy	\$
Spořitelní dluhopisy	\$
Vkladové certifikáty (Certificates of Deposit, CD)	\$
Účty na finančních trzích	\$
Podílové fondy	\$
Svěřenecké fondy	\$
Aktiva celkem	\$

H Měsíční výdaje domácnosti

Typ výdajů	Částka za měsíc
Nájem	\$
Hypotéka	\$
Výživné na děti	\$
Potraviny	\$
Platby za vozidlo	\$
Obecné účty	\$
Měsíční výdaje domácnosti celkem:	\$

Tímto uděluji souhlas s vydáním informací uvedených v této Žádosti společnosti Henry Ford Health System (HFHS) za účelem určení mého nároku na finanční pomoc v souladu se zásadami a postupy společnosti HFHS. Povoluji společnosti HFHS, aby tyto údaje podle potřeby ověřila, což může mimo jiné zahrnovat získání výpisu z úvěrového registru, ověření pracovního poměru a/nebo příjmu a získání příslušných podpůrných dokladů. Všechny informace a dokumenty, které poskytnu v této Žádosti, jsou pravdivé, přesné a úplné. Pokud bude kdykoli zjištěno, že údaje, které poskytnu, jsou nepravdivé nebo nepřesné, veškerá finanční podpora bude zrušena a příjmu odpovědnost za úplné a okamžité zaplacení jakýchkoli a všech nedoplatků. Souhlasím také s tím, že příjmu platební odpovědnost za jakoukoli částku splatnou po jakýchkoli částečných slevách v rámci finanční pomoci.

Jméno

(hůlkovým písmem): _____ Vztah k pacientovi: _____

Podpis: _____ Datum: _____

Před odesláním žádosti potvrďte, že jste vyplnili a poskytli všechny příslušné dokumenty nutné ke zpracování vašeho požadavku:

<input type="checkbox"/> Všechny stránky Žádosti vyplněné, včetně podpisu a data	<input type="checkbox"/> Zápočtový list a daňové přiznání z posledního roku (formulář W-2) a/nebo Různé příjmy (formulář 1099)	<input type="checkbox"/> Výplatní pásky za poslední 2 měsíce, s příjmem každého člena domácnosti od počátku roku do daného data
<input type="checkbox"/> Vrácení federální daně z příjmů za poslední rok (formulář 1040)	<input type="checkbox"/> Kopie platného řidičského nebo občanského průkazu státu Michigan	<input type="checkbox"/> Bankovní výpisy za poslední dva měsíce: běžný/spořicí účet
<input type="checkbox"/> Doklad o jiném příjmu (tj. příjem z pronájmu atd.)	<input type="checkbox"/> Doložení kopií karet zdravotního pojištění, pokud máte krytí	<input type="checkbox"/> Doložení kopie dopisu zamítnutí zařazení do programu Medicaid, pokud jste se přihlásili a byli odmítnuti

K dalšímu vyhodnocení vaší žádosti může být nutné osobní prohlášení o potřebě finanční pomoci.