

A 病院または診療所の場所: 患者がケアを受けた (受ける) 場所を選択してください

- Henry Ford Hospital HF Kingswood Hospital HF Macomb Hospital
 HF Medical Centers HF West Bloomfield Hospital HF Allegiance Hospital
 HF Wyandotte Hospital または HF Health Center Brownstown その他、指定してください (_____)

B 患者情報: ケアを受ける患者の情報についてこの部分に記入してください

患者の名前: _____ DOB: _____
 社会保障番号: _____ MRN: _____ 保証人のID: _____

C 担当者 (保証人): 医療請求書に支払う人物の情報に関してこの部分を記入してください

担当者名: _____ 患者との関係: _____
 (セクションBと異なる場合)
 詳細住所: _____ 電話: _____
 都市名: _____ 州名: _____ 郵便番号: _____ 国名: _____
 勤務先: _____ 常勤 パートタイム 勤務先の電話: _____

D 健康保険資格確認

<p>1. MedicareまたはMedicaidを申請または拒否されていますか?</p> <p>1a. MedicareパートA <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 1b. MedicareパートB <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 1c. MedicareパートC <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 1d. Medicaid <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい</p> <p>Medicaidを拒否されている場合、拒否は最近90日以内ですか?</p> <p><input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい</p>		<p>4. 勤務先または配偶者の勤務先では団体健康保険を提供していますか?</p> <p>4a. 勤務先を通じて最近3~6ヶ月に保証範囲に入りましたか?</p> <p>該当する場合は、COBRAを利用できますか?</p> <p><input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい</p>	<p><input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい</p>
<p>2. 以下に関するサービスで経済支援を申請していますか</p> <p>2a. 自動車事故 (MVA) <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 2b. 犯罪被害者 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 2c. 労災補償 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 2d. その他の傷害 (滑落、落下など) <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい</p>		<p>5. 何らかの他の健康保険に加入していますか?</p> <p>加入している場合は、その保険の情報を記載してください。</p>	<p><input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい</p>
		<p>6. Henry Ford Health Systemサービス提供エリア内で暮らす恒久的な住民ですか?</p>	<p><input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい</p>

E 世帯の成員&世帯雇用の収入

世帯の人数は何人ですか _____

収入を得ている世帯の成員を一覧してください (必要に応じて用紙を追加してください)

世帯の成員名	申請者との関係	月次総収入 (控除前)
		\$
		\$
		\$
合計月次総収入		\$

F 世帯の他の収入 (雇用以外)

その他の収入源	月額
児童支援/養育費	\$
フォスターケア、タウンシップトラ スティー、教会収入など	\$
年金、社会保障、障害者保険	\$
賃貸資産	\$
年金、利息、退職者配当	\$
失業または労働者補償	\$
その他 (明記してください)	\$
その他の収入源合計	\$

G 世帯の資産

資産の種類	合計
現金	\$
預金口座	\$
小切手口座	\$
株式	\$
債権	\$
預金債権	\$
預金証明書 (CD)	\$
マネーマーケットアカウント	\$
投資信託	\$
信託財産	\$
合計資産	\$

H 毎月の世帯支出

支出の種類	月額
家賃	\$
ローン	\$
児童支援	\$
食料品	\$
自動車支払	\$
一般請求	\$
毎月の世帯支出合計	\$

委任

私はここで、HFHSの方針および手続きに従う経済支援用に私の資格状況を判断するための、Henry Ford Health System (HFHS)宛のこの申請書に含まれている情報の公表を認可します。私は、HFHSに必要な応じてこの情報を確認する権限を与えます。これには、信用調査書報告書の取得、雇用や収入の確認、および適切な補強文書を取得することを含みますが、それらに限定されません。この申請で私が提供するすべての情報および収入関係文書は、正しく、正確で完全です。私が提供した情報が何らかの時点で誤りまたは不正確であると判断された場合は、すべての経済支援が取り消され、あらゆる、そしてすべての未払いの残額の完全な即時の支払いについて責任を引き受けます。私はまた、部分的な経済支援割引の後の支払対象の金額について支払の責任を引き受けることに合意します。

氏名 (ブロック体): _____ 患者との関係: _____

署名: _____ 日付: _____

申請書を返送する前に、申請を処理するために必要なすべての該当する文書を提供していることを確認してください。

<input type="checkbox"/> 署名および日付を含めて、申請書の全ページに記入している	<input type="checkbox"/> 最新の賃金および税務申告書 (W-2 書式) や雑所得 (1099書式)	<input type="checkbox"/> 世帯の各成員の現在までの過去1年間の収入を付帯して、最近2カ月の給与明細
<input type="checkbox"/> 最新の連邦税務申告書 (1040書式)	<input type="checkbox"/> 有効なMichigan州の運転免許証またはMichigan州の身分証明書	<input type="checkbox"/> 最近2ヶ月間の最新の預金証明書 (当座/普通)
<input type="checkbox"/> その他の収入証明書 (賃貸収入など)	<input type="checkbox"/> 加入している場合は、医療保険カードの写しを同封	<input type="checkbox"/> Medicaidを申請して拒否されている場合は、Medicaid拒否通知書の写しを同封

申請をさらに詳しく評価するために、個人の財政上の必要性に関する言明を要請される可能性があることに注意してください。