



**A** 医院或诊所机构：请选择患者接受（将接受）医疗服务的机构

- Henry Ford Hospital                       HF Kingswood Hospital                       HF Macomb Hospital  
 HF Medical Centers                       HF West Bloomfield Hospital                       HF Allegiance Hospital  
 HF Wyandotte Hospital 或  
 HF Health Center Brownstown                       其他，请注明 (\_\_\_\_\_ )

**B** 患者信息：请填写本段有关接受护理的患者的内容

患者姓名： \_\_\_\_\_ 出生日期： \_\_\_\_\_  
 社保号码： \_\_\_\_\_ MRN： \_\_\_\_\_ 担保人 ID： \_\_\_\_\_

**C** 责任方（担保人）：请填写本段有关医疗费用支付人的内容

责任方姓名： \_\_\_\_\_ 与患者的关系： \_\_\_\_\_  
 （如果与 B 段不同）  
 街道地址： \_\_\_\_\_ 电话： \_\_\_\_\_  
 市： \_\_\_\_\_ 州： \_\_\_\_\_ 邮编： \_\_\_\_\_ 县： \_\_\_\_\_  
 雇主： \_\_\_\_\_  全职  兼职 工作电话： \_\_\_\_\_

**D** 医疗保险资格确认

<p>1. 您是否申请过 Medicare 或 Medicaid，或是否遭到其拒绝？</p> <p>1a. Medicare A 部分 1b. Medicare B 部分 1c. Medicare C 部分 1d. Medicaid</p> <p>如果您申请 Medicaid 时遭到拒绝，那么是在最近 90 天内遭到拒绝的吗？</p>	<p><input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是  <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是  <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是  <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是</p> <p><input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是</p>	<p>4. 您或您配偶的雇主是否提供团体医疗保险？</p> <p>4a. 您在最近 3 至 6 个月内是否已通过您的雇主获取保险？</p> <p>如果是，是否适用于统一综合预算协调法案 (COBRA)？</p>	<p><input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是  <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是  <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是</p>
<p>2. 您是否正根据以下理由申请财政援助：</p> <p>2a. 机动车交通事故 (MVA) 2b. 犯罪受害者 2c. 工伤补偿 2d. 其他伤害（例如滑倒和摔倒）</p>	<p><input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是  <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是  <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是  <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是</p>	<p>5. 您是否还参加了其他医疗保险？</p> <p>如果是，请提供保险信息：</p> <p>6. 您是住在 Henry Ford Health System 服务区域内的永久居民吗？</p>	<p><input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是  <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是</p>

E

家庭成员和家庭就业收入

您家有几口人? \_\_\_\_\_

请列出任何有收入的家庭成员（如有需要，请另附一张纸）：

家庭成员姓名	与申请人的关系	每月总收入（扣税前）
		\$
		\$
		\$
每月总收入（总计）		\$

F

家庭其他收入（非就业收入）

其他收入来源	每月金额
子女抚养费/赡养费	\$
家庭寄养、城镇受托人、教会收入等	\$
养老金、社会保险、残疾人社会保险	\$
房屋出租	\$
年金、利息、退休金分配	\$
失业或工伤补偿	\$
其他（请注明）	\$
其他收入来源总计	\$

G

家庭资产

资产类型	总计
现金	\$
储蓄账户	\$
支票账户	\$
股票	\$
债券	\$
储蓄债券	\$
定期存款 (CD)	\$
货币市场账户	\$
共同基金	\$
信托基金	\$
总资产	\$

H

每月家庭支出

支出类型	每月金额
租金	\$
抵押贷款	\$
子女抚养费	\$
生活用品	\$
养车费用	\$
一般费用	\$
每月家庭总支出：	\$

授权书

本人特此授权向 Henry Ford Health System (HFHS) 发布本申请表中包含的信息，以便根据 HFHS 的政策和程序确定我是否具有获得财政援助的资格。本人授权 HFHS 可在必要时验证这些信息，其采用的措施可能包括但不限于获得征信机构报告、核实就业和/或收入，以及获取相关证明文件。本人在此申请书中提供的所有信息及收入证明文件均真实、准确、完整。如果在任何时候确定本人提供了虚假或不准确的信息，则本人所有的财政援助将遭到撤销，并且本人将承担立即全额支付任何或全部未清余额的责任。本人也同意承担任何部分财政援助折扣后应付任何款项的支付责任。

正楷姓名： \_\_\_\_\_ 与患者的关系： \_\_\_\_\_

签名： \_\_\_\_\_ 日期： \_\_\_\_\_

**在交回申请表之前，请确保您已填妥并提供了处理申请所需的所有相关文件：**

<input type="checkbox"/> 已填妥申请表的所有页面，包括签名和日期	<input type="checkbox"/> 最近一年的工资和税务报表（W-2 表格）和/或杂项收入（1099 表格）	<input type="checkbox"/> 最近两个月的工资单，其中包含每位家庭成员年初至今的收入
<input type="checkbox"/> 最近一年的联邦所得税申报表（1040 表格）	<input type="checkbox"/> 有效的密歇根州驾照或密歇根州身份证的复印件	<input type="checkbox"/> 最近两个月的银行对账单：支票/储蓄存款
<input type="checkbox"/> 其他收入证明（即租金收入等）	<input type="checkbox"/> 随附医保卡复印件（如果您已参保）	<input type="checkbox"/> 随附 Medicaid 拒绝函（如果您已申请并遭到拒绝）

**请注意，为进一步评估您的申请，您可能需要提供个人财政需要声明。**