

A Krankenhaus oder Klinik: Bitte wählen Sie die Einrichtung aus, in der der Patient behandelt wurde/wird

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Henry Ford Hospital | <input type="checkbox"/> HF Kingswood Hospital | <input type="checkbox"/> HF Macomb Hospital |
| <input type="checkbox"/> HF Medical Centers | <input type="checkbox"/> HF West Bloomfield Hospital | <input type="checkbox"/> HF Allegiance Hospital |
| <input type="checkbox"/> HF Wyandotte Hospital oder
HF Health Center Brownstown | <input type="checkbox"/> Sonstige, bitte angeben (_____) | |

B Angaben zum Patienten: Bitte geben Sie folgende Daten zum behandelten Patienten an

Vor- und Nachname: _____ Geb.datum: _____
 Sozialversicherungsnr.: _____ Patientenakte: _____ Zahlungsver-
 antw. Person: _____

C Zahlungsverantwortliche Person: Bitte geben Sie folgende Daten zur Person an, die die Rechnung bezahlt

Vor- und Nachname: _____ Verhältnis zum
(falls abweichend von B): _____ Patienten: _____
 Straße/Hausnr.: _____ Telefon: _____
 Ort: _____ US-Staat: _____ PLZ: _____ County _____
 Arbeitgeber: _____ Vollzeit Teilzeit Tel. Arbeit: _____

D Überprüfung der KV-Berechtigung

<p>1. Haben Sie Medicare oder Medicaid beantragt / wurde der Antrag abgelehnt?</p> <p>1a. Medicare Teil A 1b. Medicare Teil B 1c. Medicare Teil C 1d. Medicaid</p> <p><i>Falls zutreffend, wurde der Antrag auf Medicaid innerhalb der letzten 90 Tage abgelehnt?</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p>	<p>4. Bietet Ihr Arbeitgeber oder der Ihres Ehepartners eine Gruppenkrankenversicherung an?</p> <p>4a. Waren Sie in den letzten 3 bis 6 Monaten über Ihren Arbeitgeber versichert?</p> <p>Wenn ja, ist COBRA-Deckung verfügbar?</p>	<p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p>
<p>2. Beantragen Sie finanzielle Unterstützung für Leistungen im Zusammenhang mit:</p> <p>2a. Kraftfahrzeugunfall 2b. Opfer eines Verbrechens 2c. Workers Compensation 2d. Sonstige Verletzung (z. B. durch Sturz)?</p>	<p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p>	<p>5. Haben Sie eine andere Krankenversicherung?</p> <p>Wenn ja, geben Sie bitte die Versicherungsdaten an:</p> <p>6. Befindet sich Ihr ständiger Wohnsitz im Versorgungsbereich des Henry Ford Health System?</p>	<p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja</p>

E Haushaltsangehörige und Haushaltseinkommen

Wie viele Personen leben in Ihrem Haushalt? _____

Bitte führen Sie alle Haushaltsmitglieder auf, die über ein Einkommen verfügen (bei Bedarf auf weiterem Blatt):

Name des Haushaltsmitglieds	Verhältnis zum Antragsteller	Bruttoeinkommen/Monat (vor Steuerabzug)
		\$
		\$
		\$
Bruttoeinkommen/Monat insg.		\$

F Sonstige Haushaltseinkommen

Sonstige Einkommensquellen	Betrag pro Monat
Kindergeld/Unterhalt	\$
Pflege, Gemeindetreuhand, Kircheneinkommen usw.	\$
Rente, Sozialversicherung, Erwerbsunfähigkeitsentschädigung	\$
Vermietetes Eigentum	\$
Annuitäten, Zinsen, Ruhestandszahlungen	\$
Arbeitslosengeld / Workers Compensation	\$
Sonstiges <i>(bitte angeben)</i>	\$
Sonstige Einkommensquellen insg.	\$

G Haushaltsvermögen

Art des Vermögenswerts	Gesamt
Barmittel	\$
Sparkonto	\$
Girokonto	\$
Aktien	\$
Anleihen	\$
Sparbriefe	\$
Einlagenzertifikate	\$
Geldmarktkonten	\$
Investment-/Anlagenfonds	\$
Treuhandfonds	\$
Gesamtvermögen	\$

H

Monatliche Haushaltsausgaben

Art der Ausgaben	Betrag pro Monat
Miete	\$
Hypothek	\$
Kindergeld	\$
Lebensmittel	\$
KFZ-Kosten	\$
Rechnungen allgemeiner Art	\$
Monatliche Haushaltsausgaben insg.	\$

I

Genehmigung

Hiermit genehmige ich die Weitergabe der in diesem Antrag enthaltenen Informationen an das Henry Ford Health System (HFHS) zur Feststellung meines Anspruchs auf finanzielle Unterstützung gemäß den Richtlinien und Verfahren von HFHS. Ich ermächtige HFHS, diese Informationen nach Bedarf zu überprüfen. Dazu gehören unter anderem die Einholung einer Kreditauskunft, die Überprüfung der Angaben zur Beschäftigung bzw. zum Einkommen sowie die Einholung geeigneter Belege. Alle von mir in diesem Antrag bereitgestellten Informationen und Einkommensbelege sind wahrheitsgemäß, genau, aktuell und vollständig. Wenn zu irgendeinem Zeitpunkt festgestellt wird, dass die von mir angegebenen Informationen falsch oder ungenau waren, wird die Bewilligung der finanziellen Unterstützung rückwirkend aufgehoben, und ich übernehme die Verantwortung für die vollständige und sofortige Zahlung aller ausstehenden Beträge. Ich bin ebenfalls damit einverstanden, die Zahlungsverantwortung für jeden Betrag zu übernehmen, der nach teilweisen Abschlagszahlungen im Rahmen der finanziellen Unterstützung fällig wird.

Name in _____ Verhältnis zum
Druckbuchstaben: _____ Patienten: _____

Unterschrift: _____ Datum: _____

Bitte überprüfen Sie, ob Sie alle zur Bearbeitung Ihres Antrags erforderlichen Unterlagen ausgefüllt bzw. bereitgestellt haben, bevor Sie Ihren Antrag einreichen:

<input type="checkbox"/> Vollständig ausgefüllter Antrag, einschließlich Unterschrift und Datum	<input type="checkbox"/> Einkommensteuererklärung des letzten Jahres (Formblatt W-2) und/oder Formblatt 1099 für sonstige Einkünfte	<input type="checkbox"/> Gehaltsabrechnungen der letzten zwei Monate mit dem bisherigen Verdienst für dieses Jahr pro Haushaltsmitglied
<input type="checkbox"/> Einkommensteuerbescheid für das letzte Jahr (Formblatt 1040)	<input type="checkbox"/> Kopie eines gültigen Führerscheins oder einer Ausweiskarte des Staates Michigan	<input type="checkbox"/> Kontoauszüge der letzten zwei Monate: Giro-/Sparkonto
<input type="checkbox"/> Nachweis über sonstige Einkünfte (z. B. Mieteinnahmen usw.)	<input type="checkbox"/> Kopien von Krankenversicherungskarten, falls Sie versichert sind	<input type="checkbox"/> Kopie des Medicaid-Ablehnungsbescheids, falls Ihr Antrag abgelehnt wurde

Bitte beachten Sie, dass möglicherweise eine Erklärung über Ihre persönliche finanzielle Bedürftigkeit angefordert wird, um über Ihren Antrag zu entscheiden.