

מיקום בית חולים או מרפאה: נא בחר את המקום או המקומות בהם המטופל קיבל (יקבל) טיפול

A

- HF Macomb Hospital HF Kingswood Hospital Henry Ford Hospital
 HF Allegiance Hospital HF West Bloomfield Hospital HF Medical Centers
 (_____) אחר, נא ציין _____ HF Wyandotte Hospital או בית
 HF Health Center Brownstown

נתוני המטופל: נא מלא סעיף זה אודות המטופל

B

שם המטופל: _____ תאריך לידה: _____
 מספר זהות: _____ מספר תיק רפואי: _____ מספר זהות הערב: _____

הצד האחראי (הערב): נא למלא את חלק זה בנוגע לאדם המשלם את החשבון הרפואי

C

שם הצד האחראי: _____ (אם שונה מחלק ב)
 _____ הקשר למטופל: _____
 כתובת: _____ טלפון: _____
 עיר: _____ מדינה: _____ מיקוד: _____ ארץ: _____
 מעסיק: _____ משרה מלאה משרה חלקית
 _____ טלפון בעבודה: _____

אישור זכאות לביטוח רפואי

D

<p>4. האם המעסיק שלך או המעסיק של בן/בת זוגך מציע ביטוח רפואי קבוצתי? 4. האם היית מכוסה במהלך 3-6 החודשים האחרונים דרך המעסיק שלך? אם כן, האם COBRA זמינה עבורך?</p>	<p><input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</p> <p><input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</p> <p><input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</p>	<p><input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</p> <p><input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</p> <p><input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</p> <p><input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</p>	<p>1. האם הגשת בקשה להצטרף לקבלת סיוע באמצעות Medicare או Medicaid או שבקשתך נענתה בסירוב? א. כיסוי Medicare חלק A ב. כיסוי Medicare חלק B ג. כיסוי Medicare חלק C ד. Medicaid אם בקשתך לקבלת סיוע באמצעות Medicaid נענתה בסירוב, האם הסירוב היה במהלך 90 הימים האחרונים?</p>
<p>5. האם יש לך ביטוח בריאות אחר כלשהו? אם כן, נא ציין את פרטי חברת הביטוח:</p>	<p><input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</p>	<p><input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</p> <p><input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</p> <p><input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</p> <p><input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</p>	<p>2. האם אתה פונה לקבלת סיוע כספי עבור שירותים הקשורים ל: א. תאונות רכב מנועי (MVA) ב. קורבן פשיעה ג. פיצוי עובדים ד. פגיעה אחרת (למשל, החלקה ונפילה)</p>
<p>6. האם הינך תושב קבע המתגורר באזור בו מסופק שירות באמצעות Henry Ford Health System?</p>	<p><input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</p>	<p><input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</p> <p><input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</p> <p><input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא</p>	

אנשים במשק הבית והכנסות משק הבית מתעסוקה

E

כמה אנשים מתגוררים במשק הבית שלך? _____

נא ציין כל אדם במשק הבית שהינו בעל הכנסה (הוסף דף נוסף במקרה הצורך):

שם האדם במשק הבית	הקשר למועמד	הכנסה חודשית ברוטו (לפני הורדות)
		\$
		\$
		\$
סך הכנסה חודשית ברוטו		\$

נכסי משק הבית

G

הכנסות משק בית אחרות (שלא מתעסוקה)

F

סך הכל	סוג נכס
\$	מזומן
\$	חשבון חיסכון
\$	חשבון עובר ושב
\$	מניות
\$	אגרות חוב
\$	אגרות חוב עם חיסכון
\$	תעודות פיקדון (CDs)
\$	חשבונות בשוק הכספים
\$	קרנות נאמנות
\$	נאמנויות
\$	סך הנכסים

מקורות הכנסה אחרים	כמות לחודש
מזונות ילדים/דמי מזונות	\$
טיפול אמנה, נאמן עיירה, הכנסות מהכנסייה, וכן הלאה	\$
פנסיה, ביטוח לאומי, דמי נכות	\$
נכסים מושכרים	\$
מענקים, ריביות, דמי פרישה	\$
דמי אבטלה או פיצוי עובדים	\$
אחר (נא לציין)	\$
סך מקורות הכנסה אחרים	\$

ההוצאות החודשיות של משק הבית

H

סוג ההוצאה	כמות לחודש
דמי שכירות	\$
משכנתה	\$
דמי מזונות	\$
מוצרי מכולת	\$
תשלום עבור רכב	\$
חשבונות כלליים	\$
ההוצאות החודשיות הכוללות של משק הבית:	\$

הנני מאשר בזאת את שחרורו של המידע הכלול בטופס בקשה זה ל-Henry Ford Health System (HFHS) לצורך קביעת מצב הזכויות שלי לסיוע כספי בהתאם לנהלי ומדיניות HFHS. הנני מאשר ל-HFHS לאמת את המידע הזה במקרה הצורך, מה שעשוי לכלול אך לא יהיה מוגבל להשגת דו"ח מסוכנות האשראי, אימות התעסוקה ו/או ההכנסה והשגת מסמכים תומכים מתאימים. כל המידע ותיעוד ההכנסה שנמסר על ידי בטופס בקשה זה הינו נכון, מדויק ומלא כפי שהוצג. אם נקבע בכל זמן כי המידע שמסרתי הינו שקרי או לא מדויק, כל סיוע כספי יבוטל ואני אקבל את האחריות לתשלום מלא ומידי של כל יתרה שטרם שולמה. בנוסף, הנני מסכים לקבל את האחריות לתשלום כל סכום הצפוי לאחר הנחות מכל סיוע כספי חלקי.

שם מלא: _____ הקשר למטופל: _____
חתימה: _____ תאריך: _____

נא וודא כי מילאת וסיפקת את כל המסמכים הרלוונטיים הדרושים לצורך טיפול בבקשתך טרם החזרת טופס הבקשה שלך:

<input type="checkbox"/> מילאתי את כל דפי טופס הבקשה, כולל חתימה ותאריך	<input type="checkbox"/> דוחות השכר והמס השנתיים העדכניים ביותר (טופס W-2 ו/או הכנסות שונות (טופס 1099))	<input type="checkbox"/> תלושי שכר של החודשיים האחרונים עם ההכנסות השנה עד כה עבור כל אחד מבני משק הבית
<input type="checkbox"/> דו"ח מס הכנסה פדרלי עבור השנה האחרונה (טופס 1040)	<input type="checkbox"/> העתק מרישיון נהיגה תקף או תעודת זהות של מדינת מישגן	<input type="checkbox"/> דפי חשבון בנק מן החודשיים האחרונים: עו"ש/חסכונות
<input type="checkbox"/> הוכחות על הכנסות אחרות (לדוגמה הכנסה משכירות וכו')	<input type="checkbox"/> צרף העתקים של כרטיסי ביטוח רפואי, אם יש לך כסוי	<input type="checkbox"/> צרף העתק של מכתב סירוב לכיסוי, אם בקשתך סורבה

נא שים לב כי עשויה להידרש הצהרה בדבר צורך כספי אישי לצורך המשך הבדיקה של בקשתך.