

A

Struttura ospedaliera o clinica: *Selezioni la struttura (o le strutture) in cui il/la paziente ha ricevuto (riceverà) le cure*

- Henry Ford Hospital                       HF Kingswood Hospital                       HF Macomb Hospital  
 HF Medical Centers                       HF West Bloomfield Hospital                       HF Allegiance Hospital  
 HF Wyandotte Hospital o  
 HF Health Center Brownstown                       Altro, specificare ( \_\_\_\_\_ )

B

Dati del/della paziente: *Compili questa sezione con i dati del/della paziente che riceve le cure*

Nome del/della paziente: \_\_\_\_\_ Nato/a il: \_\_\_\_\_  
 Numero di previdenza (social security): \_\_\_\_\_ NCC: \_\_\_\_\_ ID garante: \_\_\_\_\_

C

Obbligato (Garante): *Compili questa sezione con i dati della persona che paga la fattura medica*

Nome dell'obbligato: \_\_\_\_\_ Rapporto con il/la paziente: \_\_\_\_\_  
*(se diverso da quello nella Sezione B)*  
 Indirizzo di residenza: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_  
 Città: \_\_\_\_\_ Stato: \_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_ Contea \_\_\_\_\_  
 Datore di lavoro: \_\_\_\_\_  Tempo pieno  Part-time Telefono lavoro: \_\_\_\_\_

D

Verifica dell'idoneità con l'assicurazione sanitaria

<p>1. Ha presentato domanda per Medicare o Medicaid oppure questa le è stata respinta?</p> <p>1a. Medicare Parte A                      <input type="checkbox"/> No   <input type="checkbox"/> Sì          1b. Medicare Parte B                      <input type="checkbox"/> No   <input type="checkbox"/> Sì          1c. Medicare Parte C                      <input type="checkbox"/> No   <input type="checkbox"/> Sì          1d. Medicaid                                      <input type="checkbox"/> No   <input type="checkbox"/> Sì</p> <p><i>Se le è stata respinta la domanda per Medicaid, il rifiuto è avvenuto negli ultimi 90 giorni?</i></p> <p><input type="checkbox"/> No   <input type="checkbox"/> Sì</p>		<p>4. Il datore di lavoro suo o del suo coniuge offre un'assicurazione sanitaria di gruppo?</p> <p><input type="checkbox"/> No   <input type="checkbox"/> Sì</p> <p>4a. Ha usufruito di una copertura negli ultimi 3-6 mesi attraverso il suo datore di lavoro?</p> <p><input type="checkbox"/> No   <input type="checkbox"/> Sì</p> <p><input type="checkbox"/> No   <input type="checkbox"/> Sì</p> <p><b>Se sì</b>, è disponibile la copertura COBRA?</p>	
<p>2. Richiede il sostegno finanziario per servizi correlati a:</p> <p>2a. Incidenti automobilistici (MVA):                      <input type="checkbox"/> No   <input type="checkbox"/> Sì          2b. Vittime di reati                                      <input type="checkbox"/> No   <input type="checkbox"/> Sì          2c. Infortuni sul lavoro                                      <input type="checkbox"/> No   <input type="checkbox"/> Sì          2d. Altri infortuni (es., cadute accidentali)                                      <input type="checkbox"/> No   <input type="checkbox"/> Sì</p>		<p>5. Possiede un'altra assicurazione sanitaria?</p> <p><input type="checkbox"/> No   <input type="checkbox"/> Sì</p> <p>Se sì, fornisca i dati dell'assicurazione:</p>	
		<p>6. Ha la residenza permanente e vive nel bacino d'utenza dell'Henry Ford Health System?</p>	<p><input type="checkbox"/> No   <input type="checkbox"/> Sì</p>

**E** Componenti del nucleo familiare e redditi da lavoro della famiglia

Da quante persone è composta la sua famiglia? \_\_\_\_\_

Elenchi tutti i componenti del nucleo familiare che percepiscono un reddito (alleggi un altro foglio se necessario):

Nome componente nucleo familiare	Rapporto con il/la richiedente	Reddito lordo mensile (senza trattenute)
		\$
		\$
		\$
<b>Totale reddito lordo mensile</b>		<b>\$</b>

**F** Altri redditi (non da lavoro) del nucleo familiare

Altre fonti di reddito	Importo mensile
Alimenti/Assegni di mantenimento	\$
Affido familiare, fondo fiduciario distrettuale, sovvenzioni religiose, ecc.	\$
Pensione, assegno Social Security, assegno di invalidità Social Security	\$
Rendita da locazione	\$
Rendite, interessi, erogazione di prestiti da pensione	\$
Indennità di disoccupazione o per infortuni sul lavoro	\$
Altro ( <i>specificare</i> )	\$
<b>Totale altre fonti di reddito</b>	<b>\$</b>

**G** Beni del nucleo familiare

Tipo di bene	Totale
Contante	\$
Conto di risparmio	\$
Conto corrente	\$
Azioni	\$
Obbligazioni	\$
Obbligazioni di risparmio	\$
Certificati di deposito (CD)	\$
Fondi monetari	\$
Fondi comuni di investimento	\$
Fondi fiduciari	\$
<b>Totale beni</b>	<b>\$</b>

H

Spese mensili del nucleo familiare

Tipo di spesa	Importo mensile
Affitto	\$
Mutuo	\$
Mantenimento dei figli	\$
Generi alimentari	\$
Spese di gestione auto	\$
Utenze generiche	\$
<b>Totale spese mensili del nucleo familiare:</b>	\$

I

Autorizzazione

Autorizzo la cessione delle informazioni contenute nella presente domanda a Henry Ford Health System (HFHS) per la determinazione del mio status di idoneità al sostegno finanziario conformemente alle politiche e alle procedure HFHS. Autorizzo HFHS a condurre, se necessario, una verifica di queste informazioni, che può includere, tra le altre cose, l'ottenimento di informazioni sull'affidabilità creditizia, la verifica della situazione occupazionale e/o del reddito e l'ottenimento dei documenti di supporto appropriati. Tutte le informazioni e la documentazione sul reddito fornite da me in questa domanda sono vere, accurate e complete così come appaiono. Se in qualsiasi momento si accertasse che le informazioni fornite fossero false o non accurate, verrà revocato ogni sostegno finanziario e resterà totalmente a mio carico il pagamento completo e immediato di ogni saldo residuo. Dichiaro inoltre di accettare la responsabilità del pagamento di qualsiasi importo dovuto al netto degli sconti parziali praticati dal sostegno finanziario.

Nome in stampatello: \_\_\_\_\_ Rapporto con il/la paziente: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

**Verifici di aver compilato e fornito tutta la documentazione applicabile necessaria per evadere la sua richiesta prima di restituire questa domanda:**

<input type="checkbox"/> Compilate tutte le pagine della domanda, inserita la firma e la data	<input type="checkbox"/> Dichiarazione salariale e fiscale più recente (modulo W-2) e/o dichiarazione dei redditi di altra natura (modulo 1099)	<input type="checkbox"/> Copia delle buste paga degli ultimi 2 mesi con entrate da inizio anno per ciascun componente del nucleo familiare
<input type="checkbox"/> Dichiarazione dei redditi federale per l'anno fiscale più recente (modulo 1040)	<input type="checkbox"/> Copia della patente di guida o della carta d'identità in corso di validità rilasciata dallo Stato del Michigan	<input type="checkbox"/> Copia degli estratti conto (corrente o di risparmio) degli ultimi due mesi
<input type="checkbox"/> Giustificativi di altri redditi (es., reddito da affitto, ecc.)	<input type="checkbox"/> Includere le copie delle tessere dell'assicurazione medica, se si possiede una copertura	<input type="checkbox"/> Includere una copia della lettera di rifiuto Medicaid, se è stata fatta richiesta e questa è stata respinta

**Al fine di valutare più approfonditamente la sua domanda è possibile che venga richiesta una dichiarazione di fabbisogno finanziario personale.**