

Aide financière pour les patients

Patient Financial Assistance

A. Hôpital ou clinique

Hospital or Clinic Location

Sélectionnez le ou les sites où le/la patient(e) a reçu ou recevra des soins :

Select the location(s) where the patient received or will receive care:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Henry Ford (HF) Hospital | <input type="checkbox"/> HF West Bloomfield Hospital |
| <input type="checkbox"/> HF Kingswood Hospital | <input type="checkbox"/> HF Wyandotte ou HF Health Center Brownstown |
| <input type="checkbox"/> HF Macomb Hospital | <input type="checkbox"/> Autre, veuillez préciser : _____ |
| <input type="checkbox"/> HF Medical Centers | Other, please specify: |
| <input type="checkbox"/> HF Jackson Hospital | |

B. Informations sur le/la patient(e)

Patient Information

Remplissez cette rubrique concernant le/la patient(e) recevant les soins :

Complete this section about the patient receiving care:

Nom du/de la patient(e) : _____

Patient Name:

Date de naissance : _____ Numéro de dossier médical : _____

Date of Birth (DOB): _____ Medical Record Number: _____

Numéro de Sécurité sociale : _____

Social Security Number:

Numéro d'identification du/de la garant(e) : _____

Guarantor ID Number:

C. Partie responsable (garant[e])

Responsible Party (Guarantor)

Remplissez cette rubrique concernant la personne qui règle les frais médicaux :

Complete this section about the person paying the medical bill:

Nom de la partie responsable (si différente de la rubrique B) : _____

Responsible Party Name (if different than section B):

Lien avec le/la patient(e) : _____

Relationship to Patient:

Adresse : _____

Street Address:

Ville, État, code postal, pays : _____
City, State, Zip Code, Country:

Numéro de téléphone : _____ Numéro de téléphone professionnel : _____
Phone Number: _____ Work Phone Number: _____

Employeur : _____ Temps plein Temps partiel
Employer: _____ Full Time Part Time

D. Vérification de l'admissibilité à l'assurance maladie Health Insurance Eligibility Verification

Sélectionnez « Oui » ou « Non » pour chacune des questions suivantes :
Select 'yes' or 'no' for each of the following questions:

1. Avez-vous déposé une demande auprès de Medicare ou une telle demande vous a-elle été refusée? Have you applied or been denied for Medicare?	<input type="checkbox"/> Oui Yes	<input type="checkbox"/> Non No
a. Medicare - Partie A? Medicare Part A?	<input type="checkbox"/> Oui Yes	<input type="checkbox"/> Non No
b. Medicare - Partie B? Medicare Part B?	<input type="checkbox"/> Oui Yes	<input type="checkbox"/> Non No
c. Medicare - Partie C? Medicare Part C?	<input type="checkbox"/> Oui Yes	<input type="checkbox"/> Non No
2. Avez-vous déposé une demande auprès de Medicaid ou une telle demande vous a-elle été refusée? Have you applied or been denied for Medicaid?	<input type="checkbox"/> Oui Yes	<input type="checkbox"/> Non No
a. Si une demande vous a été refusée, était-ce au cours des 90 derniers jours? If you were denied, was the denial within the last 90 days?	<input type="checkbox"/> Oui Yes	<input type="checkbox"/> Non No
3. Demandez-vous des services d'aide financière relatifs aux sujets suivants : Are you applying for financial assistance services related to:	<input type="checkbox"/> Oui Yes	<input type="checkbox"/> Non No
a. Accident de la route? Motor vehicle accident (MVA)?		
b. Victime d'acte criminel? Crime victim?	<input type="checkbox"/> Oui Yes	<input type="checkbox"/> Non No
c. Indemnisation pour accident du travail? Workers compensation?	<input type="checkbox"/> Oui Yes	<input type="checkbox"/> Non No
d. Autre blessure (par exemple, glissade et chute)? Other injury (for example, slip and fall)?	<input type="checkbox"/> Oui Yes	<input type="checkbox"/> Non No
4. Votre employeur ou celui de votre conjoint(e) offre-t-il une assurance maladie collective? Does your employer or spouse's employer offer group health insurance?	<input type="checkbox"/> Oui Yes	<input type="checkbox"/> Non No
5. Bénéficiiez-vous d'une assurance au cours des 3 à 6 derniers mois par le biais de votre employeur ou de celui de votre conjoint(e)? Did you have coverage in the last 3 to 6 months through your employer or spouse's employer?	<input type="checkbox"/> Oui Yes	<input type="checkbox"/> Non No
a. Le cas échéant, COBRA est-il disponible pour vous? If yes, is COBRA available to you?	<input type="checkbox"/> Oui Yes	<input type="checkbox"/> Non No

6. Avez-vous une autre assurance maladie? Do you have any other health insurance?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Yes No
a. Le cas échéant, veuillez fournir les informations relatives à l'assurance : If yes, please provide the insurance information:	
7. Êtes-vous un(e) résident(e) permanent(e) vivant dans la zone de services de Henry Ford Health? Are you a permanent resident who lives within the Henry Ford Health service area?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Yes No

E. Membres du foyer et revenus professionnels du foyer
Household Members and Household Employment Income

Remplissez cette rubrique concernant le foyer du/de la patient(e) :
 Complete this section about the patient's household:

Combien y a-t-il de personnes dans votre foyer? _____ Indiquez les membres de votre foyer qui perçoivent un revenu (joignez une feuille supplémentaire si nécessaire) :

How many people are in your household? _____ List any household member who earns an income (attach another sheet if needed):

Nom du membre du foyer Household Member Name	Lien avec le/la patient(e) Relationship to Patient	Revenu brut mensuel (avant déductions) Monthly Gross Income (before deductions)
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$
Revenu mensuel brut total : Total Monthly Gross Income:		

F. Autres revenus du foyer
Household Other Income

Remplissez cette rubrique concernant les autres revenus du/de la patient(e) s'il s'agit d'autres sources de revenus :
 Complete this section about the patient's other income if these are other sources of income:

Autres sources de revenus Other Income Sources	Montant par mois Amount Per Month
Pension alimentaire/prestation compensatoire Child Support/Alimony	\$
Famille d'accueil, administrateur de canton, revenus	\$

paroissiaux, etc. Foster Care, Township Trustee, Church Income, etc.	
Pension, Sécurité sociale, Sécurité sociale pour incapacité Pension, Social Security, Social Security Disability	\$
Bien locatif Rental Property	\$
Rentes, intérêts, retraite par répartition Annuities, Interest, Retirement Distribution	\$
Indemnités de chômage ou indemnisation d'accident du travail Unemployment or Worker's Compensation	\$
Autre (veuillez préciser) Other (please specify)	\$
Total des autres sources de revenus Total Other Income Sources	\$

G. Biens du foyer Household Assets

Remplissez cette rubrique concernant les biens du foyer du/de la patient(e) s'il s'agit de biens du foyer :
Complete this section about the patient's household assets if these are household assets:

Type de bien Type of Asset	Total Total
Espèces Cash	\$
Compte d'épargne Savings Account	\$
Compte courant Checking Account	\$
Actions Stocks	\$
Obligations Bonds	\$
Obligations d'épargne Savings Bonds	\$
Certificats de dépôt Certificates of Deposit (CDs)	\$
Comptes du marché monétaire Money Market Accounts	\$
Fonds communs Mutual Funds	\$
Fiducies Trusts	\$
Total des biens Total Assets	\$

H. Dépenses mensuelles du foyer

Monthly Household Expenses

Remplissez cette rubrique concernant les dépenses du foyer du/de la patient(e), le cas échéant :
Complete this section about the patient's household expenses if there are any household expenses:

Type de dépense Type of Expense	Montant par mois Amount Per Month
Loyer Rent	\$
Prêt immobilier Mortgage	\$
Pension alimentaire Child Support	\$
Denrées alimentaires Groceries	\$
Paiement de véhicule Vehicle Payment	\$
Factures générales General Bills	\$
Total des dépenses mensuelles du foyer Total Monthly Household Expenses	\$

I. Autorisation Authorization

J'autorise par la présente la communication des informations fournies dans cette demande à Henry Ford Health (HFH) afin d'établir si j'ai droit à une aide financière conformément aux règles et aux procédures de HFH. J'autorise HFH à vérifier ces informations en cas de besoin, ce qui peut inclure sans y être limité, l'obtention d'un rapport de solvabilité, la vérification de l'emploi ou des revenus et l'obtention de pièces justificatives précises. Toutes les informations et tous les documents relatifs aux revenus que j'ai fournis dans cette demande sont véridiques, exacts et complets tels que présentés. S'il est établi à tout moment que les informations que j'ai fournies étaient fausses ou inexactes, toute l'aide financière sera reversée, et j'assumerai la responsabilité du paiement intégral et immédiat de tous les soldes impayés. J'accepte également d'assumer la responsabilité de toute somme exigible après toute réduction d'aide financière partielle.

I hereby authorize the release of the information contained in this application to Henry Ford Health (HFH) for the determination of my eligibility status for financial assistance in accordance with HFH policies and procedures. I authorize HFH to verify this information as necessary, which may include but is not limited to, obtaining a credit bureau report, verifying employment and/or income, and obtaining appropriate supporting documents. All information and income documentation provided by me in this application is true, accurate and complete as shown. If it is determined at any time the information I provided was false or inaccurate, all financial assistance will be reversed, and I will accept responsibility for full and immediate payment of any and all outstanding balances. I also agree to accept payment responsibility for any amount due after any partial financial assistance discounts.

Nom en caractères d'imprimerie : _____

Print Name:

Lien avec le/la patient(e) : _____

Relationship to Patient:

Signature : _____

Signature:

Date : _____

Date:

Avant de retourner votre demande, veuillez vérifier que vous l'avez dûment remplie et que vous avez fourni tous les documents nécessaires au traitement de celle-ci :

Please verify that you have completed this document and provided all applicable documentation needed to process your request before you return your application:

- Toutes les pages de la demande dûment remplies, y compris la signature et la date
Completed all pages of application, including signature and date.
- Votre déclaration de salaire et d'impôt (formulaire W-2) ou de revenus divers (formulaire 1099) de l'année la plus récente
Attached your most recent year Wage and Tax Statements (Form W-2) and or Miscellaneous Income (Form 1099).
- Deux derniers mois des fiches de paie avec les revenus cumulatifs de l'année de chaque membre du foyer
Attached last 2 months of pay stubs with year-to-date earnings for each member of the household.
- Déclaration de revenus fédérale (formulaire 1040) de l'année la plus récente
Attached your Federal Income Tax return for the most recent year (form 1040).
- Copie de votre permis de conduire ou de votre carte d'identité de l'État du Michigan en cours de validité
Attached a copy of your Michigan driver's license or Michigan state identification card.
- Vos deux derniers mois de relevés bancaires récents : compte courant/d'épargne
Attached your last two months of recent bank statements: checking/savings.
- Preuve d'autres revenus (par exemple, revenus locatifs, etc.)
Attached proof of other income (or example: rental income, etc.)
- Copies de cartes d'assurance maladie, le cas échéant
Attached copies of medical insurance cards if you have coverage.
- Copie de la lettre de refus de Medicaid en cas de demande rejetée
Attached a copy of the Medicaid denial letter if you applied and were denied.

Veuillez noter qu'une déclaration de besoin financier personnel peut être demandée pour évaluer plus à fond votre demande.

Please note, a statement of personal financial need may be required to further evaluate your application.