

Οικονομική Ενίσχυση Ασθενών

Patient Financial Assistance

A. Τοποθεσία νοσοκομείου ή κλινικής

Hospital or Clinic Location

Επιλέξτε τον τόπο (ή τους τόπους) όπου ο ασθενής έλαβε ή θα λάβει περίθαλψη:
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 or HF Health Center Brownstown |
| <input type="checkbox"/> HF Macomb Hospital | <input type="checkbox"/> Άλλο (Διευκρινίστε): _____ |
| <input type="checkbox"/> HF Medical Centers | Other, please specify: |
| <input type="checkbox"/> HF Jackson Hospital | |

B. Στοιχεία ασθενούς

Patient Information

Συμπληρώστε αυτήν την ενότητα με τα στοιχεία του ασθενούς που λαμβάνει ιατρική περίθαλψη:
Complete this section about the patient receiving care:

Όνοματεπώνυμο ασθενούς: _____

Patient Name:

Ημερομηνία γέννησης: _____ Αριθμός ιατρικού φακέλου: _____

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

Αριθμός κοινωνικής ασφάλισης (ΑΜΚΑ): _____

Social Security Number:

Αριθμός ταυτότητας εγγυητή: _____

Guarantor ID Number:

C. Υπεύθυνος (Εγγυητής)

Responsible Party (Guarantor)

Συμπληρώστε σε αυτήν την ενότητα τα στοιχεία του υπευθύνου πληρωμής του λογαριασμού:
Complete this section about the person paying the medical bill:

Όνομα υπεύθυνου μέρους (εάν είναι διαφορετικό από το τμήμα B): _____

Responsible Party Name (if different than section B):

Σχέση με τον ασθενή: _____

Relationship to Patient:

Διεύθυνση: _____

Street Address:

Πόλη, κράτος, ταχυδρομικός κώδικας, χώρα: _____

City, State, Zip Code, Country:

Αριθμός τηλεφώνου: _____ Αριθμός τηλεφώνου εργασίας: _____

Phone Number:

Work Phone Number:

Εργοδότης: _____ Πλήρης απασχόληση Μερική απασχόληση

Employer:

Full Time

Part Time

D. Επαλήθευση επιλεξιμότητας ασφάλισης υγείας

Health Insurance Eligibility Verification

Επιλέξτε "ναι" ή "όχι" για κάθε μία από τις ακόλουθες ερωτήσεις:

Select 'yes' or 'no' for each of the following questions:

1. Έχετε υποβάλει αίτηση ή έχει απορριφθεί η αίτησή σας για ιατρική περίθαλψη (Medicare); Have you applied or been denied for Medicare?	<input type="checkbox"/> Ναι Yes	<input type="checkbox"/> Όχι No
a. Medicare Μέρος Α; Medicare Part A?	<input type="checkbox"/> Ναι Yes	<input type="checkbox"/> Όχι No
b. Medicare Μέρος Β; Medicare Part B?	<input type="checkbox"/> Ναι Yes	<input type="checkbox"/> Όχι No
c. Medicare Μέρος Γ; Medicare Part C?	<input type="checkbox"/> Ναι Yes	<input type="checkbox"/> Όχι No
2. Έχετε υποβάλει αίτηση για Medicaid ή έχει απορριφθεί η αίτησή σας (Medicaid); Have you applied or been denied for Medicaid?	<input type="checkbox"/> Ναι Yes	<input type="checkbox"/> Όχι No
a. Εάν απορρίφθηκε, η απόρριψη έγινε εντός των τελευταίων 90 ημερών; If you were denied, was the denial within the last 90 days?	<input type="checkbox"/> Ναι Yes	<input type="checkbox"/> Όχι No
3. Κάνετε αίτηση για υπηρεσίες οικονομικής ενίσχυσης που σχετίζονται με: Are you applying for financial assistance services related to:	<input type="checkbox"/> Ναι Yes	<input type="checkbox"/> Όχι No
a. Τροχαίο ατύχημα, (MVA); Motor vehicle accident (MVA)?	<input type="checkbox"/> Ναι Yes	<input type="checkbox"/> Όχι No
b. Θύμα αξιόποινων πράξεων; Crime victim?	<input type="checkbox"/> Ναι Yes	<input type="checkbox"/> Όχι No
c. Αποζημίωση για εργατικό ατύχημα; Workers compensation?	<input type="checkbox"/> Ναι Yes	<input type="checkbox"/> Όχι No
d. Άλλος τραυματισμός (για παράδειγμα, γλίστρημα και πτώση); Other injury (for example, slip and fall)?	<input type="checkbox"/> Ναι Yes	<input type="checkbox"/> Όχι No
4. Έχετε ομαδική ασφάλιση υγείας από τον εργοδότη σας ή τον εργοδότη του συζύγου σας; Does your employer or spouse's employer offer group health insurance?	<input type="checkbox"/> Ναι Yes	<input type="checkbox"/> Όχι No
5. Είχατε ασφαλιστική κάλυψη μέσω του εργοδότη σας τους τελευταίους 3-6 μήνες; εργοδότης; Did you have coverage in the last 3 to 6 months through your employer or spouse's employer?	<input type="checkbox"/> Ναι Yes	<input type="checkbox"/> Όχι No
a. Εάν ναι, μπορείτε να λάβετε COBRA; If yes, is COBRA available to you?	<input type="checkbox"/> Ναι Yes	<input type="checkbox"/> Όχι No

6. Έχετε άλλη ασφάλιση υγείας; Do you have any other health insurance?	<input type="checkbox"/> Ναι Yes	<input type="checkbox"/> Όχι No
a. Αν ναι, συμπληρώστε τις πληροφορίες ασφάλισης: If yes, please provide the insurance information:		
7. Είστε μόνιμος κάτοικος που διαμένει εντός της περιοχής εξυπηρέτησης του Henry Ford Health; Are you a permanent resident who lives within the Henry Ford Health service area?	<input type="checkbox"/> Ναι Yes	<input type="checkbox"/> Όχι No

Ε. Μέλη του νοικοκυριού κι εισόδημα απασχόλησης του νοικοκυριού Household Members and Household Employment Income

Συμπληρώστε αυτό το τμήμα σχετικά με το νοικοκυριό του ασθενούς:
Complete this section about the patient's household:

Από πόσα άτομα αποτελείται το νοικοκυριό σας; _____ Αναφέρετε κάθε μέλος του νοικοκυριού που έχει εισόδημα (αν χρειαστεί, επισυνάψτε πρόσθετο φύλλο):

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

Όνοματεπώνυμο μέλους Household Member Name	Σχέση με τον ασθενή Relationship to Patient	Ακαθάριστο μηνιαίο εισόδημα (χωρίς την παρακράτηση φόρου) Monthly Gross Income (before deductions)
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$
		Συνολικό ακαθάριστο μηνιαίο εισόδημα: Total Monthly Gross Income:

Φ. Νοικοκυριό Άλλο Εισόδημα Household Other Income

Συμπληρώστε αυτό το τμήμα σχετικά με τα άλλα εισοδήματα του ασθενούς, εάν πρόκειται για άλλες πηγές εισοδήματος:

Complete this section about the patient's other income if these are other sources of income:

Άλλες εισοδηματικές πηγές Other Income Sources	Ποσό ανά μήνα Amount Per Month
Διατροφή παιδιών/Διατροφή Child Support/Alimony	\$
Αναδοχή ανηλίκου, Συμμετοχή στην τοπική αυτοδιοίκηση, Εισόδημα από εκκλησιαστική θέση, κ.λπ. Foster Care, Township Trustee, Church Income, etc.	\$

Σύνταξη, Κοινωνική ασφάλιση, Επίδομα αναπηρίας Pension, Social Security, Social Security Disability	\$
Μίσθωση ακινήτου Rental Property	\$
Επιδόματα, Τόκοι, Εισόδημα από συνταξιοδοτικά προγράμματα Annuities, Interest, Retirement Distribution	\$
Επίδομα ανεργίας ή Αποζημίωση για εργατικό ατύχημα Unemployment or Worker's Compensation	\$
Άλλο (Διευκρινίστε) Other (please specify)	\$
Σύνολο άλλων εισοδηματικών πηγών Total Other Income Sources	\$

Γ. Περιουσιακά στοιχεία του νοικοκυριού Household Assets

Συμπληρώστε αυτό το τμήμα σχετικά με τα περιουσιακά στοιχεία του νοικοκυριού του ασθενούς, εάν πρόκειται για περιουσιακά στοιχεία του νοικοκυριού:

Complete this section about the patient's household assets if these are household assets:

Τύπος περιουσιακού στοιχείου Type of Asset	Σύνολο Total
Μετρητά Cash	\$
Λογαριασμός ταμιευτηρίου Savings Account	\$
Λογαριασμός όψεως Checking Account	\$
Μετοχές Stocks	\$
Ομόλογα Bonds	\$
Αποταμιευτικά ομόλογα Savings Bonds	\$
Πιστοποιητικά καταθέσεων (Certificates of Deposit, CD) Certificates of Deposit (CDs)	\$
Λογαριασμοί χρηματαγοράς Money Market Accounts	\$
Αμοιβαία κεφάλαια Mutual Funds	\$
Καταπιστεύματα Trusts	\$
Συνολικά περιουσιακά στοιχεία Total Assets	\$

Η. Μηνιαίες δαπάνες νοικοκυριού

Monthly Household Expenses

Συμπληρώστε αυτό το τμήμα σχετικά με τα έξοδα του νοικοκυριού του ασθενούς, εάν υπάρχουν έξοδα του νοικοκυριού:

Complete this section about the patient's household expenses if there are any household expenses:

Τύπος δαπάνης Type of Expense	Ποσό ανά μήνα Amount Per Month
Ενοίκιο Rent	\$
Υποθήκη Mortgage	\$
Διατροφή παιδιών Child Support	\$
Σούπερ μάρκετ Groceries	\$
Δόση αυτοκινήτου Vehicle Payment	\$
Γενικοί λογαριασμοί General Bills	\$
Συνολικές μηνιαίες δαπάνες νοικοκυριού Total Monthly Household Expenses	\$

I. Εξουσιοδότηση Authorization

Με το παρόν εξουσιοδοτώ την κοινοποίηση των πληροφοριών που περιέχονται στην παρούσα αίτηση στην Henry Ford Health (HFH) για τον προσδιορισμό του καθεστώτος επιλεξιμότητάς μου για οικονομική ενίσχυση σύμφωνα με τις πολιτικές και τις διαδικασίες της HFH. Εξουσιοδοτώ το HFH να επαληθεύσει την εγκυρότητα αυτών των πληροφοριών ως απαιτείται, συμπεριλαμβανομένης ενδεικτικά, της δυνατότητας να αποκτήσει πρόσβαση σε αναφορές χρηματοπιστωτικών ιδρυμάτων, να εξακριβώσει το αληθές της εργασιακής κατάστασης ή/και του εισοδήματος και να λάβει τα σχετικά συνοδευτικά έγγραφα. Όλα τα στοιχεία και τα δικαιολογητικά ως προς το εισόδημά μου έγγραφα που παρέχονται σε αυτήν την αίτηση είναι αληθή, ακριβή και πλήρη. Σε περίπτωση που οποιαδήποτε χρονική στιγμή αποδειχθεί πως τα παρεχόμενα στοιχεία είναι αναληθή ή ανακριβή, τότε κάθε είδους οικονομική ενίσχυση αναστρέφεται κι υποχρεούμαι να αποπληρώσω άμεσα κάθε τυχόν ανεξόφλητο ποσό. Επιπροσθέτως, αποδέχομαι την ευθύνη αποπληρωμής οποιουδήποτε οφειλόμενου ποσού, μετά την αφαίρεση τυχόν εκπτώσεων από μερική οικονομική ενίσχυση.

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.

Όνοματεπώνυμο (Ολογράφως): _____

Print Name:

Σχέση με τον ασθενή: _____

Relationship to Patient:

Υπογραφή: _____

Signature:

Ημερομηνία: _____

Date:

Βεβαιωθείτε ότι έχετε συμπληρώσει το παρόν έγγραφο και έχετε παράσχει όλα τα σχετικά έγγραφα που απαιτούνται για τη διεκπεραίωση της αίτησής σας προτού επιστρέψετε την αίτησή σας:

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

- Συμπλήρωσα όλες τις σελίδες της αίτησης, συμπεριλαμβανομένης της υπογραφής και της ημερομηνίας.
Completed all pages of application, including signature and date.
- Συμπεριέλαβα τις πιο πρόσφατες ετήσιες μισθολογικές και φορολογικές δηλώσεις σας (Έντυπο W-2) και ή διάφορα εισοδήματα (Έντυπο 1099).
Attached your most recent year Wage and Tax Statements (Form W-2) and or Miscellaneous Income (Form 1099).
- Συμπεριέλαβα εκκαθαριστικά μισθοδοσίας των τελευταίων 2 μηνών με τις αποδοχές από την αρχή του έτους μέχρι την εκάστοτε τρέχουσα ημερομηνία για κάθε μέλος του νοικοκυριού
Attached last 2 months of pay stubs with year-to-date earnings for each member of the household.
- Συμπεριέλαβα τη δήλωση ομοσπονδιακού φόρου εισοδήματος για το πιο πρόσφατο έτος (έντυπο 1040).
Attached your Federal Income Tax return for the most recent year (form 1040).
- Συμπεριέλαβα αντίγραφο της άδειας οδήγησης του Μίσιγκαν ή του δελτίου ταυτότητας της πολιτείας του Μίσιγκαν.
Attached a copy of your Michigan driver's license or Michigan state identification card.
- Συμπεριέλαβα τις πρόσφατες τραπεζικές καταστάσεις των δύο τελευταίων μηνών: επιταγές/αποταμιεύσεις.
Attached your last two months of recent bank statements: checking/savings.
- Συμπεριέλαβα αποδεικτικά στοιχεία άλλων εισοδημάτων (ή παράδειγμα: εισοδήματα από ενοίκια κ.λπ.)
Attached proof of other income (or example: rental income, etc.)
- Συμπεριέλαβα αντίγραφα των καρτών ιατρικής ασφάλισης εάν έχετε κάλυψη.
Attached copies of medical insurance cards if you have coverage.
- Συμπεριέλαβα αντίτυπο της επιστολής απόρριψης από το πρόγραμμα Medicaid (αν έχετε κάνει αίτηση κι έχει απορριφθεί)
Attached a copy of the Medicaid denial letter if you applied and were denied.

Παρακαλείστε να σημειώσετε ότι για την περαιτέρω αξιολόγηση της αίτησής σας ενδέχεται να απαιτηθεί δήλωση προσωπικών οικονομικών αναγκών.

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