

Pinansiyal na Tulong sa Pasyente

Patient Financial Assistance

A. Lokasyon ng Ospital o Klinika:

Hospital or Clinic Location

Piliin ang (mga) lokasyon kung saan natanggap o matatanggap ng pasyente ang pangangalaga:
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"/> Iba pa, pakitukoy: |
| <input type="checkbox"/> HF Medical Centers | Other, please specify: |
| <input type="checkbox"/> HF Jackson Hospital | _____ |

B. Impormasyon ng Pasyente:

Patient Information

Kumpletuhin ang seksiyong ito tungkol sa pasyenteng tumatanggap ng pangangalaga:
Complete this section about the patient receiving care:

Pangalan ng Pasyente: _____

Patient Name:

Petsa ng Kapanganakan (Date of Birth, DOB): _____ Numero ng Medikal na Rekord: _____

Date of Birth (DOB):

Medical Record Number:

Social Security Number: _____

Social Security Number:

ID Number ng Tagapaggarantiya: _____

Guarantor ID Number:

C. Responsableng Partido (Tagapaggarantiya)

Responsible Party (Guarantor)

Kumpletuhin ang seksiyong ito tungkol sa taong magbabayad ng medikal na bill:

Complete this section about the person paying the medical bill:

Pangalan ng Responsableng Partido (kung naiiba sa nasa seksiyon B): _____

Responsible Party Name (if different than section B):

Kaugnayan sa Pasyente: _____

Relationship to Patient:

Address ng Kalye: _____

Street Address:

Lungsod, Estado, Zip Code, Bansa: _____

City, State, Zip Code, Country:

Numero ng Telepono: _____ Numero ng Telepono sa Trabaho: _____

Phone Number:

Work Phone Number:

Employer: _____ Full Time Part Time

Employer:

Full Time

Part Time

D. Beripikasyon ng Karapatan sa Seguro ng Kalusugan

Health Insurance Eligibility Verification

Pumili ng 'oo' o 'hindi' para sa bawat isa sa mga sumusunod na tanong:

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

1. Nag-apply ka na ba o natanggihan ng Medicare? Have you applied or been denied for Medicare?	<input type="checkbox"/> Oo Yes	<input type="checkbox"/> Hindi No
a. Medicare Part A? Medicare Part A?	<input type="checkbox"/> Oo Yes	<input type="checkbox"/> Hindi No
b. Medicare Part B? Medicare Part B?	<input type="checkbox"/> Oo Yes	<input type="checkbox"/> Hindi No
c. Medicare Part C? Medicare Part C?	<input type="checkbox"/> Oo Yes	<input type="checkbox"/> Hindi No
2. Nag-apply ka na ba o natanggihan ng Medicaid? Have you applied or been denied for Medicaid?	<input type="checkbox"/> Oo Yes	<input type="checkbox"/> Hindi No
a. Kung tinanggihan ka, nangyari ba ito sa loob ng huling 90 araw? If you were denied, was the denial within the last 90 days?	<input type="checkbox"/> Oo Yes	<input type="checkbox"/> Hindi No
3. Nag-aapply ka ba para sa mga serbisyo para sa pinansiyal na tulong na may kinalaman sa: Are you applying for financial assistance services related to:	<input type="checkbox"/> Oo Yes	<input type="checkbox"/> Hindi No
a. Aksidente sa Sasakyang De-motor (Motor Vehicle Accident, MVA) Motor vehicle accident (MVA)?		

b. Biktima ng Krimen? Crime victim?	<input type="checkbox"/> Oo Yes	<input type="checkbox"/> Hindi No
c. Bayad-pinsala sa mga Manggagawa? Workers compensation?	<input type="checkbox"/> Oo Yes	<input type="checkbox"/> Hindi No
d. Iba pang pinsala (halimbawa, nadulas at nahulog)? Other injury (for example, slip and fall)?	<input type="checkbox"/> Oo Yes	<input type="checkbox"/> Hindi No
4. Nag-aalok ba ang iyong employer o employer ng iyong asawa ng panggrupong seguro sa kalusugan? Does your employer or spouse's employer offer group health insurance?	<input type="checkbox"/> Oo Yes	<input type="checkbox"/> Hindi No
5. Nagkaroon ka ba ng pagsaklaw sa nakaraang 3 hanggang 6 na buwan sa pamamagitan ng iyong employer o employer ng iyong asawa? Did you have coverage in the last 3 to 6 months through your employer or spouse's employer?	<input type="checkbox"/> Oo Yes	<input type="checkbox"/> Hindi No
a. Kung oo, available ba sa iyo ang COBRA? If yes, is COBRA available to you?	<input type="checkbox"/> Oo Yes	<input type="checkbox"/> Hindi No
6. Mayroon ka bang anumang iba pang seguro sa kalusugan? Do you have any other health insurance?	<input type="checkbox"/> Oo Yes	<input type="checkbox"/> Hindi No
a. Kung oo, mangyaring ibigay ang impormasyon ng seguro: If yes, please provide the insurance information:		
7. Isa ka bang permanenteng residente na nakatira sa lugar ng seguro ng Henry Ford Health? Are you a permanent resident who lives within the Henry Ford Health service area?	<input type="checkbox"/> Oo Yes	<input type="checkbox"/> Hindi No

E. Mga Miyembro ng Sambahayan at Kita sa Trabaho ng Sambahayan Household Members and Household Employment Income

Kumpletuhin ang seksiyong ito tungkol sa sambahayan ng pasyente:

Complete this section about the patient's household:

Ilang tao ang nakatira sa iyong sambahayan? _____ Ilista ang

sinumang miyembro ng sambahayan na kumikita (maglakip ng karagdagang papel kung kinakailangan):

How many people are in your household? _____ List any

household member who earns an income (attach another sheet if needed):

Pangalan ng Miyembro ng Sambahayan Household Member Name	Kaugnayan sa Pasyente Relationship to Patient	Buwanang Gross na Kita (bago ang mga bawas) Monthly Gross Income (before deductions)
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$
		Kabuuang Buwanang Gross na Kita: Total Monthly Gross Income:

F. Iba pang Kita ng Sambahayan **Household Other Income**

Kumpletuhin ang seksiyong ito tungkol sa iba pang kita ng pasyente kung mayroong iba pang mga pinagmumulan ng kita:

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

Iba Pang Mga Pinagmumulan ng Kita Other Income Sources	Halaga bawat Buwan Amount Per Month
Suporta sa Anak/Sustento Child Support/Alimony	\$
Foster na Pangangalaga, Trustee ng Bayan, Kita ng Simbahan, atbp. Foster Care, Township Trustee, Church Income, etc.	\$
Pensiyon, Social Security, Benepisyo ng May Kapansanan mula sa Social Security Pension, Social Security, Social Security Disability	\$
Pinapaupahang Ari-arian Rental Property	\$
Mga Annuity, Interes, Pamamahagi para sa Pagreretiro Annuities, Interest, Retirement Distribution	\$
Bayad-pinsala sa Pagkawala ng Trabaho o Bayad-pinsala sa Manggagawa Unemployment or Worker's Compensation	\$
Iba pa (pakitukoy) Other (please specify)	\$
Kabuuan ng Iba Pang Mga Pinagmumulan ng Kita Total Other Income Sources	\$

G. Mga Ari-arian ng Tahanan

Household Assets

Kumpletuhin ang seksyong ito tungkol sa mga ari-arian ng tahanan ng pasyente kung ito ay mga ari-arian ng tahanan:

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

Uri ng Ari-arian Type of Asset	Kabuuan Total
Salapi Cash	\$
Savings Account Savings Account	\$
Checking Account Checking Account	\$
Mga Stock Stocks	\$
Mga Bond Bonds	\$
Mga Savings Bond Savings Bonds	\$
Mga Sertipiko ng Deposito (Certificates of Deposit, CD) Certificates of Deposit (CDs)	\$
Mga Money Market Account Money Market Accounts	\$
Mga Mutual Fund Mutual Funds	\$
Mga Trust Trusts	\$
Kabuuan ng Mga Ari-arian Total Assets	\$

H. Buwanang Gastos ng Sambahayan

Monthly Household Expenses

Kumpletuhin ang seksyong ito tungkol sa gastos sa sambahayan ng pasyente kung mayroon mang mga gastos sa sambahayan:

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

Uri ng Gastos Type of Expense	Halaga bawat Buwan Amount Per Month
Upa Rent	\$
Mortgage Mortgage	\$
Suporta sa Anak Child Support	\$
Mga Grocery Groceries	\$
Bayad sa Sasakyan Vehicle Payment	\$
Mga Pangkalahatang Bill General Bills	\$
Kabuuang Buwanang Gastos ng Sambahayan: Total Monthly Household Expenses	\$

I. Awtorisasyon Authorization

Ibinibigay ko ang aking pahintulot na ilabas ang impormasyong nakapaloob sa aplikasyon na ito sa Henry Ford Health (HFH) para sa pagtukoy ng aking katayuan sa pagiging kuwalipikado para sa pinansiyal na tulong alinsunod sa mga patakaran at pamamaraan ng HFH. Pinapahintulutan ko ang HFH na beripikahin ang impormasyong ito kung kinakailangan, na maaaring kinabibilangan ng, ngunit hindi limitado sa, pagkuha ng ulat ng tanggapan ng kredito, pagberipika sa trabaho at/o kita at pagkuha ng mga naaangkop na sumusuportang dokumento. Ang lahat ng impormasyon at dokumentasyon ng kita na ibinigay ko sa aplikasyong ito ay tama, tumpak at kumpleto tulad ng ipinapakita. Kung matukoy anumang oras na mali o hindi tumpak ang impormasyong ibinigay ko, babawiin ang lahat ng pinansiyal na tulong, at tatanggapin ko ang responsibilidad para sa kumpleto at agarang pagbabayad ng anuman at lahat ng natirang balanse. Sumasang-ayon din akong tanggapin ang responsibilidad sa pagbabayad para sa anumang halagang dapat bayaran pagkatapos ng anumang mga bahagyang diskuwento na pinansiyal na tulong.

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.

I-print ang Pangalan: _____
Print Name:

Kaugnayan sa Pasyente: _____
Relationship to Patient:

Lagda: _____
Signature:

Petsa: _____
Date:

Mangyaring beripikahin na nakompleto mo ang dokumentong ito at naibigay ang lahat ng naaangkop na dokumentasyon na kinakailangan upang maiproseso ang iyong kahilingan bago mo ibalik ang iyong aplikasyon:
Please verify that you have completed this document and provided all applicable documentation needed to process your request before you return your application:

- Nakompleto ang lahat ng pahina ng aplikasyon, kabilang ang lagda at petsa.
Completed all pages of application, including signature and date.

- Inilakip ang iyong Wage and Tax Statements (Form W-2) at/o Miscellaneous Income (Form 1099) mula sa nakaraang taon.
Attached your most recent year Wage and Tax Statements (Form W-2) and or Miscellaneous Income (Form 1099).

- Inilakip ang mga pay stub sa nakaraang 2 buwan na may kita mula sa simula ng taon para sa bawat miyembro ng sambahayan.
Attached last 2 months of pay stubs with year-to-date earnings for each member of the household.

- Inilakip ang iyong Federal Income Tax return (form 1040) mula sa nakaraang taon.
Attached your Federal Income Tax return for the most recent year (form 1040).

- Inilakip ang kopya ng iyong driver's license mula sa Michigan o card ng pagkakakilanlan sa estado ng Michigan.
Attached a copy of your Michigan driver's license or Michigan state identification card.

- Inilakip ang huling dalawang buwan ng pinakabagong bank statement: checking/savings.
Attached your last two months of recent bank statements: checking/savings.

- Inilakip ang patunay ng iba pang kita (o halimbawa, kita sa pagpapaupa, atbp.)
Attached proof of other income (or example: rental income, etc.)

- Inilakip ang mga kopya ng medical insurance card kung mayroon kang pagsaklaw.
Attached copies of medical insurance cards if you have coverage.

- Inilakip ang kopya ng sulat ng pagtanggì ng Medicaid kung nag-apply at tinanggihan ka.
Attached a copy of the Medicaid denial letter if you applied and were denied.

Tandaan, maaaring kailanganin ang isang pahayag ng personal na pinansiyal na pangangailangan upang higit pang suriin ang iyong aplikasyon.

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