



Հիվանդի ֆինանսական օժանդակության ծրագիր (Patient Financial Assistance Program) Henry Ford Health System

A Հիվանդանոցի կամ կլինիկայի գտնվելու վայրը՝ *Խնդրում ենք ընտրել այն վայր(եր)ը, որտեղ հիվանդը*

- Henry Ford Hospital HF Kingswood Hospital HF Macomb Hospitals
 HF բժշկական կենտրոններ HF West Bloomfield Hospital HF Wyandotte Hospital կամ HF Health Center Brownstown
 Այլ (Խնդրում ենք հստակեցնել՝ _____) Henry Ford Allegiance Health

B Հիվանդի տվյալները. *Խնդրում ենք լրացնել բուժօգնություն ստացած հիվանդի վերաբերյալ այս բաժինը*

Հիվանդի անունը՝ _____ Ծննդյան ամսաթիվը՝ _____
 Սոցիալական ապահովության համարը՝ _____ MRN: _____ Երաշխավորի ID՝ _____

C Պատասխանատու կողմը (երաշխավոր). *Խնդրում ենք լրացնել բժշկական ծառայությունների դիմաց*

Պատասխանատու կողմի անունը՝ _____ Հիվանդի հետ կապը՝ _____
 (եթե այլե, քան B բաժնում նշվածը) _____
 Հասցե՝ _____ Հեռախոսահամար՝ _____
 Քաղաք՝ _____ Նահանգ՝ _____ Փոստային կոդ _____ Վարչական շրջան՝ _____
 Գործատու՝ _____ Ամբողջ դրույք Կես դրույք Աշխատանքային հեռախոսահամար՝ _____

D Առողջապահական ապահովագրության իրավասության ստուգում

1. Արդյո՞ք Դուք Medicare-ի իրավունք ունեք: 1ա. Medicare Մաս A 1բ. Medicare Մաս B	<input type="checkbox"/> Ոչ <input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ <input type="checkbox"/> Այո	5. Արդյո՞ք Ձեր կամ Ձեր ամուսնու/կնոջ գործատուն խմբակային ապահովագրություն է ապահովում:	<input type="checkbox"/> Ոչ <input type="checkbox"/> Այո
2. Արդյո՞ք Դուք Medicaid-ի իրավունք ունեք:	<input type="checkbox"/> Ոչ <input type="checkbox"/> Այո	6. Արդյո՞ք անցած 3-6 ամիսների ընթացքում գործատուի միջոցով ունեցել եք ապահովագրական ծածկույթ:	<input type="checkbox"/> Ոչ <input type="checkbox"/> Այո
3. Դուք ֆինանսական օժանդակության համար եք դիմում, հետևյալ ծառայությունների դիմաց. 3a. Motor Vehicle Accident (Ավտոմոբիլային դժբախտ պատահար, MVA) 3b. Հանցագործության գոհ 3c. Աշխատողի փոխհատուցում 3d. Այլ վնասվածք (օր.՝ սայթաքել և ընկնել)	<input type="checkbox"/> Ոչ <input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ <input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ <input type="checkbox"/> Այո <input type="checkbox"/> Ոչ <input type="checkbox"/> Այո	7. Արդյո՞ք Առողջապահական ապահովագրության փոխանակման ծրագրի միջոցով ապահովագրության համար դիմելու իրավունք ունեք:	<input type="checkbox"/> Ոչ <input type="checkbox"/> Այո
4. Ունե՞ք որևէ այլ առողջապահական ապահովագրություն: 4ա. Եթե այո, խնդրում ենք նշել ապահովագրական ընկերությունը:	<input type="checkbox"/> Ոչ <input type="checkbox"/> Այո	8. Արդյո՞ք Դուք ԱՄՆ քաղաքացի կամ օրինական բնակիչ եք հանդիսանում:	<input type="checkbox"/> Ոչ <input type="checkbox"/> Այո

E Տնային տնտեսության անդամները և տնային տնտեսության աշխատանքային եկամուտը

Քանի՞ հոգի կա Ձեր տնային տնտեսությունում _____

Խնդրում ենք նշել տնային տնտեսության որևէ անդամի, ով եկամուտ է վաստակում (անհրաժեշտության դեպքում լրացուցիչ էջ կցեք).

Տնային տնտեսության անդամի անունը՝	Դիմորդի հետ կապը՝	Ամսական համախառն եկամուտ (նախքան նվազեցումը)
		\$
		\$
		\$
Ընդհանուր ամսական համախառն եկամուտ		\$



Հիվանդի ֆինանսական օժանդակության ծրագիր (Patient Financial Assistance Program) Henry Ford Health System

F

Տնային տնտեսության այլ եկամուտ
(ոչ աշխատանքային)

Եկամտի այլ աղբյուրներ	Ամսական գումար
Երեխայի նպաստ	\$
Որդեգրողի խնամք, Township Trustee, եկեղեցու եկամուտ, այլն	\$
Թոշակ, սոցիալական ապահովություն, սոցիալական ապահովության տկարություն	\$
Վարձակալվող գույք	\$
Վարձակալման պարտատուներ, տոկոսագումար, կենսաթոշակի բաշխում	\$
Գործազրկության կամ աշխատողի փոխհատուցում	\$
Այլ (Խնդրում ենք նշել)	\$
Ընդհանուր այլ եկամտի աղբյուր	\$

G

Տնային տնտեսության ակտիվներ

Ակտիվի տեսակ	Ընդհանուր
Գանձիկ	\$
Խնայողական հաշիվ	\$
Ստուգող հաշիվ	\$
Առողջապահական/բժշկական խնայողական հաշիվ	\$
Իրացվելի ակտիվներ (օր.՝ արժեթղթեր, պարտատուներ, IRA, ավանդային վկայագրեր)	\$
Ընդհանուր ակտիվներ	\$

H

Լիազորություն

Ես սույնով լիազորում եմ այս դիմումի մեջ պարունակվող տեղեկությունների հրապարակումը Henry Ford Health System-ին (HFHS) ֆինանսական օժանդակության կարգավիճակի համար իմ իրավասությունը որոշելու նպատակով՝ HFHS-ի քաղաքականությունների և ընթացակարգերի համաձայն: Ես HFHS-ին լիզորում եմ անհրաժեշտության դեպքում ստուգել այս տեղեկությունները, ինչը կարող է ներառել, սակայն սահմանափակվել վարկային բյուրոյի հաշվետվությունը ստանալով, զբաղվածությունը և/կամ եկամուտը ստուգելով և համապատասխան աջակցող փաստաթղթեր ձեռք բերելով: Սույն դիմումի համար իմ կողմից տրամադրված ամբողջ տեղեկատվությունը և փաստաթղթերը ճիշտ, ստույգ և ամբողջական են՝ ինչպես հարկն է: Եթե որևէ պահի որոշվի, որ իմ տրամադրած տեղեկությունները կեղծ են կամ ոչ ստույգ, ապա ամբողջ ֆինանսական օժանդակությունը կբեկանվի, և ես կկրեմ ցանկացած կամ ամբողջ չվճարված մնացորդներն ամբողջական և անհապաղ վճարելու պատասխանատվությունը: Ես նաև համաձայն եմ կրել որևէ մասնակի ֆինանսական օժանդակության գեղչերից հետո մնացած ցանկացած գումարի տուրք վճարելու պատասխանատվությունը:

Տպագիր անունը՝ _____ Հիվանդի հետ կապը՝ _____
 Ստորագրություն՝ _____ Ամսաթիվ՝ _____

Խնդրում ենք նախքան Ձեր դիմումը հանձնելը ստուգել, որ Դուք լրացրեք եք հետևյալ կետերը.

<input type="checkbox"/> Դիմումի բոլոր էջերը լրացված են	<input type="checkbox"/> Ներառված է եկամտի մասին ապացույցը կամ նամակը՝ աջակցության	<input type="checkbox"/> Ներառված է վկայություն, որը հաստատում է ԱՄՆ քաղաքացիության և/կամ օրինական բնակության մասին
<input type="checkbox"/> Դիմումը ստորագրված է և ամսաթիվը նշված	<input type="checkbox"/> Ներառված են բժշկական ապահովագրության քարտերի պատճենները, եթե ապահովագրված եք	<input type="checkbox"/> Ներառված է Medicaid-ի մերժման օրինակ նամակ, եթե Դուք դիմել և մերժվել եք