



# Patient Financial Assistance Program (患者财政援助计划) Henry Ford Health System

## A 医院或诊所地点：请选择患者接受照护的地点

- Henry Ford Hospital     HF Kingswood Hospital     HF Macomb Hospitals  
 HF 医疗中心     HF West Bloomfield Hospital     HF Wyandotte Hospital 或 HF Health Center Brownstown  
 其他（请说明：\_\_\_\_\_）     Henry Ford Allegiance Health

## B 患者信息：请在此部分填写接受照护的患者的信息

患者姓名：\_\_\_\_\_ Date of birth (出生日期, DOB) : \_\_\_\_\_  
 社会保险号：\_\_\_\_\_ Medical Record Number (病历号, MRN) : \_\_\_\_\_ 担保人证件号：\_\_\_\_\_

## C 责任方（担保人）：请在此部分填写关于医疗账单支付者的信息

责任方姓名：\_\_\_\_\_ 与患者的关系：\_\_\_\_\_  
 (如果与 B 部分不同) \_\_\_\_\_  
 街道地址：\_\_\_\_\_ 电话：\_\_\_\_\_  
 城市：\_\_\_\_\_ 州：\_\_\_\_\_ 邮政编码：\_\_\_\_\_ 郡/县：\_\_\_\_\_  
 雇主：\_\_\_\_\_  全职  兼职 办公电话：\_\_\_\_\_

## D 医疗保险资格认证

1. 您是否符合 Medicare 资格? 1a. Medicare Part A 1b. Medicare Part B	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	5. 您的雇主或您配偶的雇主是否提供团体医疗保险?	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
2. 您是否符合 Medicaid 资格?	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	6. 您过去 3-6 个月是否通过雇主获得过保险?	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
3. 您是否在申请以下相关服务的财政援助: 3a. Motor Vehicle Accident (机动车辆事故, MVA) 3b. 犯罪受害人 3c. 工伤赔偿 3d. 其他伤害 (例如, 滑倒)	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	7. 您是否有资格通过医疗保险交换申请保险?	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
4. 您是否有任何其他医疗保险? 4a. 如果有, 请说明保险公司:	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	8. 您是美国公民或合法居民吗?	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是

## E 家庭成员及家庭就业收入

您家庭成员有多少人? \_\_\_\_\_

请列出全部有收入的家庭成员 (如有需要, 请另纸书写):

家庭成员姓名	与申请者的关系	月收入 (税前)
		\$
		\$
		\$
每月总收入		\$



# Patient Financial Assistance Program (患者财政援助计划) Henry Ford Health System

## F 家庭其他收入（非正式工作）

其他收入来源	每月金额
子女抚养费	\$
寄养、托管、教会收入等	\$
养老金、社会保险金、残障人社会保障	\$
出租物业	\$
年金、利息、退休金	\$
失业或工伤赔偿	\$
其他 (请说明)	\$
<b>其他总收入来源</b>	<b>\$</b>

## G 家庭资产

资产类型	总计
现金	\$
储蓄账户	\$
活期账户	\$
健康/医疗储蓄账户	\$
流动资产（例如，股票、债券、Individual Retirement Account（个人退休账户，IRA）、定期存单）	\$
<b>总资产</b>	<b>\$</b>

## H 授权

我特此授权 Henry Ford Health System (HFHS) 发布本申请所含信息，以根据 HFHS 政策和程序确定我的财政援助资格。我授权 HFHS 在必要时对本信息进行核实，这可包括但不限于获取信用管理部门的信用报告、核实就业和/或收入，以及获取相应支持文档。我在本申请中提供的所有信息和收入证明均真实、准确且完整。如果在任何时间判定我提供的信息存在虚假或不准确之处，则将撤回所有财政援助，同时我将承担责任，立即支付所有未清余额。另外，我同意支付任意部分财政援助折扣产生的任何到期金额。

正楷姓名：\_\_\_\_\_ 与患者的关系：\_\_\_\_\_

签名：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

在递交您的申请之前，请确认是否已完成以下信息：

<input type="checkbox"/> 填写所有申请页面	<input type="checkbox"/> 包括收入证明或支持信	<input type="checkbox"/> 包括美国公民和/或合法居民身份的证明
<input type="checkbox"/> 已在申请表上签名并注明日期	<input type="checkbox"/> 包括医疗保险卡副本（如果有保险）	<input type="checkbox"/> 已附上 Medicaid 驳回信函副本（如已申请而遭驳回）