



Patient Financial Assistance Program

(患者財務協助方案)

Henry Ford Health System

A 醫院或診所地點：請選擇患者接受照護的地點

- Henry Ford Hospital HF Kingswood Hospital HF Macomb Hospitals
 HF 醫療中心 HF West Bloomfield Hospital HF Wyandotte Hospital or HF Health Center Brownstown
 其他 (請註明： _____) Henry Ford Allegiance Health

B 患者資訊：請在此部分填寫關於接受照護之患者的資訊

患者姓名： _____ 出生日期： _____
 社會安全號碼： _____ MRN： _____ 保證人證件： _____

C 責任方 (保證人)：請在此部分填寫關於醫療帳單支付者的資訊

責任方姓名： _____ 與患者的
 (若異於 B 部分) _____ 關係： _____
 街道地址： _____ 電話： _____
 城市： _____ 州： _____ 郵遞區號： _____ 國家： _____
 雇主： _____ 全職 兼職 公司電話： _____

D 健康保險資格驗證

1. 您是否符合 Medicare 投保資格? 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. 您的雇主或配偶的雇主是否提供團體健康保險?	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
2. 您是否符合 Medicaid 投保資格?	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	6. 您在先前 3 至 6 個月是否透過雇主獲得保險?	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
3. 您是否申請關於以下服務的財務協助: 3a. Motor Vehicle Accident (機動車輛意外, MVA) 3b. 犯罪受害人 3c. 工傷賠償 3d. 其他傷害 (例如滑倒與跌倒)	<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. 您是否符合透過健康保險交易所 (Health Insurance Exchange) 投保的資格?	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是
4. 您是否有其他健康保險? 4a. 若是, 請註明保險公司:	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是	8. 您是否為美國公民或合法居民?	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是

E 家庭成員與家庭就業收入

您的家庭有多少人? _____

請列出任何有工作收入的家庭成員 (必要時請附上額外的紙張) :

家庭成員姓名	與申請人的關係	每月總收入 (扣抵之前)
		\$
		\$
		\$
每月收入總額		\$



Patient Financial Assistance Program (患者財務協助方案) Henry Ford Health System

F

家庭其他收入 (非就業所得)

其他收入來源	每月金額
子女撫養金	\$
寄養照護、城鎮受託管理人、教會收入等	\$
退休金、社會安全保險金、社會安全殘障補助金	\$
租賃物業	\$
年金、利息、退休金分發	\$
失業或工傷賠償	\$
其他 (請註明)	\$
其他收入來源總額	\$

G

家庭資產

資產類型	總額
現金	\$
儲蓄帳戶	\$
支票帳戶	\$
健康/醫療儲蓄帳戶	\$
流動資產 (例如股票、債券、個人退休金帳戶、定存單)	\$
總資產	\$

H

授權

我在此授權披露此申請書中的資訊給 Henry Ford Health System (HFHS)，以根據 HFHS 政策與程序判定我是否符合財務協助的資格。我授權 HFHS 在必要時驗證此資訊，這可能包含但不僅限於取得徵信局報告、驗證就業和/或收入情況，以及取得適當的佐證文件。我於此申請書中提供的所有資訊與收入文件皆為真實、準確且完整的。如果在任何時間判定我提供的資訊不實或不正確，則所有財務協助將被追回，且我將負責立即支付所有未償付的餘額。我也同意支付在享受任何部分財務補助折扣之後應付的金額。

正楷姓名：_____ 與患者的關係：_____

簽名：_____ 日期：_____

請在送返申請書之前，確認您已經填寫以下資訊：

<input type="checkbox"/> 已填寫申請書的所有頁面	<input type="checkbox"/> 已附上收入證明或佐證信函	<input type="checkbox"/> 已附上美國公民權和/或合法居留權證明
<input type="checkbox"/> 申請書已簽名並標注日期	<input type="checkbox"/> 已附上醫療保險卡之影本 (若有保險)	<input type="checkbox"/> 已附上 Medicaid 駁回信函之影本 (若已申請而遭駁回)