



Program finanční pomoci pro pacienty (Patient Financial Assistance Program)

Henry Ford Health System

A Nemocnice nebo klinika: Vyberte zařízení, kde byl pacient ošetřen

- Henry Ford Hospital HF Kingswood Hospital HF Macomb Hospitals
 HF Medicínská centra HF West Bloomfield Hospital HF Wyandotte Hospital nebo HF Health Center Brownstown
 Jiné (Uveďte: _____) Henry Ford Allegiance Health

B Údaje o pacientovi: Vyplňte tuto část o ošetřeném pacientovi

Jméno pacienta _____ Datum narození: _____
Číslo SSN: _____ MRN: _____ ID garanta: _____

C Odpovědná strana (garant): Vyplňte tuto část o osobě, která platí náklady na zdravotní péči

Jméno odpovědné strany: _____ Vztah k pacientovi: _____
(pokud se liší od Části B) _____
Ulice a číslo: _____ Telefon: _____
Město: _____ Stát: _____ PSČ: _____ Okres: _____
Zaměstnavatel: _____ Plný úvazek Částečný úvazek Pracovní telefon: _____

D Ověření nároku na zdravotní pojištění

1. Máte nárok na Medicare? 1a. Medicare část A 1b. Medicare část B	<input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano	5. Poskytuje váš zaměstnavatel nebo zaměstnavatel manžela/manželky skupinové zdravotní pojištění?	<input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano
2. Máte nárok na Medicaid?	<input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano	6. Byl/a jste v posledních 3-6 měsících pojištěn/a prostřednictvím zaměstnavatele?	<input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano
3. Žádáte o finanční pomoc na služby související s: 3a. Motor Vehicle Accident (nehodou motorového vozidla, MVA) 3b. následky trestného činu 3c. odškodněním zaměstnanců 3d. jiným úrazem (např. uklouznutí)	<input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano	7. Máte nárok žádat o pojištění prostřednictvím Health Insurance Exchange?	<input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano
4. Máte jiné zdravotní pojištění?	<input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano	8. Jste občanem nebo obyvatelem USA?	<input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Ano
4a. Pokud ano, uveďte pojišťovnu: _____			

E Členové domácnosti a příjem domácnosti ze zaměstnání

Kolik lidí žije ve vaší domácnosti? _____

Uveďte všechny členy domácnosti, kteří jsou výdělečně činní (v případě potřeby připojte další list):

Jméno člena domácnosti	Vztah k žadateli	Hrubý měsíční příjem (před srážkami)
		USD
		USD
		USD
Celkový hrubý měsíční příjem		USD

F Další příjem domácnosti (nikoli ze zaměstnání)

Další zdroje příjmu	Částka za měsíc
Přídavky na děti	USD
Dávky pro pěstouny, odměny zastupitelů obcí, církevní příjem atd.	USD
Penze, sociální dávky, příspěvek v invaliditě	USD
Pronájem nemovitosti	USD
Renta, úroky, výplaty důchodu	USD
Podpora v nezaměstnanosti	USD
Jiné (uveďte)	USD
Další zdroje příjmu celkem	USD

G Aktiva domácnosti

Typ aktiv	Celkem
Hotovost	USD
Spořicí účet	USD
Běžný účet	USD
Zdravotní spořicí účet	USD
Likvidní aktiva (např. akcie, dluhopisy, penzijní připojištění, depozitní certifikáty)	USD
Aktiva celkem	USD

H Souhlas

Tímto souhlasím s předáním informací v této žádosti organizaci Henry Ford Health System (HFHS) za účelem ověření nároku na finanční pomoc v souladu se zásadami a postupy HFHS. Dávám HFHS souhlas s ověřením těchto informací dle potřeby, mimo jiné například z výpisu z registru dlužníků, ověřením zaměstnání nebo příjmu a získáním potřebných dokladů. Veškeré informace a doklady o příjmu mnou poskytnuté v této žádosti jsou pravdivé, přesné a úplné. Pokud kdykoli vyjde najevo, že mnou poskytnuté informace jsou nepravdivé nebo nepřesné, veškerá finanční pomoc mi bude odebrána a příjmu plnou odpovědnost za okamžité splacení všech neuhrazených částek v plné výši. Dále přijímám odpovědnost za uhrazení všech částek splatných po uplatnění částečných slev v rámci finanční pomoci.

Jméno hůlkovým písmem: _____ Vztah k pacientovi: _____

Podpis: _____ Datum: _____

Před odevzdáním žádosti zkontrolujte, zda jste vyplnili následující:

<input type="checkbox"/> Vyplněné všechny stránky žádosti	<input type="checkbox"/> Přiložen doklad o příjmech nebo doporučující dopis	<input type="checkbox"/> Přiložen doklad o občanství nebo trvalém pobytu v USA
<input type="checkbox"/> Žádost podepsána a opatřena datem	<input type="checkbox"/> Přiloženy kopie kartiček zdravotního pojištění, pokud máte pojištění	<input type="checkbox"/> Přiložena kopie zamítacího dopisu k žádosti o Medicaid, pokud jste žádost podali a byla zamítnuta