



Finanzhilfeprogramm für Patienten (Patient Financial Assistance Program) Henry Ford Health System

A Krankenhaus- oder Klinikstandort: Bitte wählen Sie den/die Standort/e, an dem der Patient behandelt wurde

- Henry Ford Hospital HF Kingswood Hospital HF Macomb Hospitals
 HF-Kliniken HF West Bloomfield Hospital HF Wyandotte Hospital oder
 Sonstige (Bitte angeben: _____) HF Health Center Brownstown

B Patienteninformationen: Bitte geben Sie hier Informationen über den behandelten Patienten an

Name des Patienten: _____ Geb.-Datum: _____
 Sozialversicherungs-nr.: _____ Krankenakten-Nr.: _____ ID des Bürger: _____

C Verantwortlicher (Bürge): Bitte geben Sie hier Informationen über die Person an, welche die Arztrechnung begleicht

Name des Verantwortlichen: _____ Verhältnis zum Patienten: _____
 (wenn anders als unter B) _____
 Straße und Hausnummer: _____ Telefon: _____
 Stadt: _____ Bundesstaat: _____ PLZ: _____ County: _____
 Arbeitgeber: _____ Vollzeit Teilzeit Geschäftl. Tel.-Nr.: _____

D Überprüfung Berechtigung Krankenversicherungsschutz

1. Haben Sie Anspruch auf Medicare? 1a. Medicare Teil A 1b. Medicare Teil B	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	5. Bietet Ihr Arbeitgeber oder der Ihres Ehepartners eine Gruppen-Krankenversicherung an?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
2. Haben Sie Anspruch auf Medicaid?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	6. Besaßen Sie in den letzten 3-6 Monaten einen Krankenversicherungsschutz durch einen Arbeitgeber?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
3. Beantragen Sie Finanzhilfe für Dienstleistungen in Bezug auf: 3a. Motor Vehicle Accident (Krafffahrzeugunfall, MVA) 3b. Opfer eines Verbrechens 3c. Arbeitsunfall 3d. Andere Verletzungen (z.B. beim Ausrutschen und Stürzen)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	7. Sind Sie berechtigt, eine Versicherung über den Health Insurance Exchange (Krankenversicherungsmarktplatz) zu beantragen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
4. Besitzen Sie eine andere Krankenversicherung?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	8. Sind Sie ein US-Bürger oder besitzen Sie einen rechtmäßigen Wohnsitz in den USA?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
4a. Wenn ja, geben Sie bitte das Versicherungsunternehmen an:			

E Haushaltsmitglieder und Arbeitseinkommen des Haushalts

Wie viele Menschen gehören zu Ihrem Haushalt? _____

Bitte geben Sie alle Haushaltsmitglieder an, die Einkommen beziehen (ggfs. ein weiteres Blatt beifügen):

Name des Haushaltsmitglieds	Verhältnis zum Antragsteller	Bruttomonatseinkommen (vor Steuerabzug)
		\$
		\$
		\$
Gesamt Bruttomonatseinkommen		\$



Finanzhilfeprogramm für Patienten (Patient Financial Assistance Program) Henry Ford Health System

F Sonstige Erträge des Haushalts (Nichtbeschäftigung)

Sonstige Einnahmequellen	Monatlicher Betrag
Unterhalt für Kinder	\$
Pflegeunterbringung, Township Trustee, Kircheneinnahmen usw.	\$
Rente, Sozialversicherung, Berufsunfähigkeitsrente	\$
Mieteigentum	\$
Jahresrenten, Zinsen, Pensionsausschüttung	\$
Arbeitslosengeld oder Arbeitnehmerentschädigung	\$
Sonstiges (bitte angeben)	\$
Gesamt Sonstige Einnahmequellen	\$

G Haushaltsvermögen

Art des Vermögenswerts	Gesamt
Bar	\$
Sparkonto	\$
Girokonto	\$
Gesundheitssparkonto/Medizinisches Sparkonto	\$
Flüssige Mittel (z.B. Aktien, Anleihen, Rentenanlagen (IRA), Einlagenzertifikate)	\$
Gesamtvermögen	\$

H Genehmigung

Hiermit erlaube ich die Weitergabe der in diesem Antrag an Henry Ford Health System (HFHS) bereitgestellten Informationen zur Festlegung meiner Anspruchsberechtigung für finanzielle Hilfe gemäß der HFHS Richtlinien und Vorgehensweisen. Ich ermächtige HFHS, diese Informationen soweit erforderlich zu überprüfen. Diese Maßnahme kann sowohl die Einholung eines Kreditbüroberichts, die Überprüfung der Beschäftigung und/oder des Einkommens oder die Beschaffung von ergänzenden Unterlagen beinhalten, doch beschränkt sich nicht darauf. Alle Informationen und Einkommensnachweise, die ich in diesem Antrag vorgelegt habe, sind wie angegeben richtig, genau und vollständig. Sollte es sich zu irgendeinem Zeitpunkt herausstellen, dass die von mir bereitgestellten Informationen falsch oder ungenau waren, werden jedwede finanziellen Hilfen aufgehoben. Darüber hinaus übernehme ich die Verantwortung für die vollständige und sofortige Begleichung sämtlicher offen stehender Forderungen. Ich erkläre mich ebenfalls bereit, die Zahlungsverantwortung für jedwede Beträge auf mich zu nehmen, die nach einer teilweisen Ermäßigung im Rahmen der Finanzhilfe fällig werden.

Name in Druckschrift: _____ Verhältnis zum Patienten: _____

Unterschrift: _____ Datum: _____

Bitte überprüfen Sie die folgenden Punkte, bevor Sie Ihren Antrag an uns zurücksenden:

<input type="checkbox"/> Alle Seiten des Antrags ausgefüllt	<input type="checkbox"/> Einkommensnachweis oder Unterstützungsschreiben beigelegt	<input type="checkbox"/> Nachweis über die US-Staatsbürgerschaft und/oder rechtmäßigen Aufenthalt beigelegt
<input type="checkbox"/> Antrag unterzeichnet und mit Datum versehen	<input type="checkbox"/> Kopien der Krankenversicherungskarten beigelegt, sofern Sie einen Krankenversicherungsschutz besitzen	<input type="checkbox"/> Kopie des Medicaid Ablehnungsschreibens beigelegt, wenn Sie das Medicaid-Programm beantragt haben und abgelehnt wurden