



## Πρόγραμμα οικονομικής ενίσχυσης ασθενούς (Patient Financial Assistance Program) Henry Ford Health System

### A Τοποθεσία νοσοκομείου ή κλινικής: Επιλέξτε την τοποθεσία(-ες) όπου έλαβε ιατρική περίθαλψη ο ασθενής

- Henry Ford Hospital       HF Kingswood Hospital       HF Macomb Hospitals  
 Ιατρικά κέντρα HF       HF West Bloomfield Hospital       HF Wyandotte Hospital ή HF Health Center Brownstown  
 Άλλο (Διευκρινίστε: \_\_\_\_\_)       Henry Ford Allegiance Health

### B Στοιχεία ασθενούς: Συμπληρώστε αυτήν την ενότητα με τα στοιχεία του ασθενούς που έλαβε ιατρική περίθαλψη

Όνοματεπώνυμο ασθενούς: \_\_\_\_\_ Ημερομηνία γέννησης: \_\_\_\_\_  
Social Security Number  
(Αριθμός κοινωνικής ασφάλισης): \_\_\_\_\_ MRN: \_\_\_\_\_ Αναγνωριστικό εγγυητή: \_\_\_\_\_

### C Υπεύθυνος (Εγγυητής): Συμπληρώστε σε αυτήν την ενότητα τα στοιχεία του υπευθύνου πληρωμής του λογαριασμού

Όνοματεπώνυμο υπευθύνου:  
(αν διαφέρει από την Ενότητα B) \_\_\_\_\_ Σχέση με τον ασθενή: \_\_\_\_\_  
Διεύθυνση: \_\_\_\_\_ Τηλέφωνο: \_\_\_\_\_  
Πόλη: \_\_\_\_\_ Πολιτεία: \_\_\_\_\_ ΤΚ: \_\_\_\_\_ Κομητεία: \_\_\_\_\_  
Εργοδότης: \_\_\_\_\_  Πλήρης απασχόληση      Τηλέφωνο εργασίας: \_\_\_\_\_  
 Μερική απασχόληση

### D Επαλήθευση καταλληλότητας για ασφάλιση υγείας

|   |  |   |   |
|---|--|---|---|
| 1. Πληρείτε τα κριτήρια για το πρόγραμμα Medicare;<br>1a. Medicare Μέρος A<br>1b. Medicare Μέρος B  | <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι<br><input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι   | 5. Έχετε ομαδική ασφάλιση υγείας από τον εργοδότη σας ή τον εργοδότη του συζύγου σας;         | <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι |
| 2. Πληρείτε τα κριτήρια για το πρόγραμμα Medicaid;  | <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι  | 6. Είχατε ασφαλιστική κάλυψη μέσω εργοδότη τους τελευταίους 3-6 μήνες;                        | <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι |
| 3. Η αίτησή σας για οικονομική ενίσχυση αφορά υπηρεσίες σχετικές με:<br>3a. Motor Vehicle Accident (Τροχαίο ατύχημα, MVA)<br>3b. Θύμα αξιόποινων πράξεων<br>3c. Αποζημίωση για εργατικό ατύχημα<br>3d. Άλλος τραυματισμός (π.χ., γλίστρημα και πτώση) | <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι<br><input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι<br><input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι<br><input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι | 7. Πληρείτε τα κριτήρια για αίτηση ασφάλισης μέσω του προγράμματος Health Insurance Exchange; | <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι |
| 4. Έχετε άλλη ασφάλιση υγείας;<br>4a. Αν ναι, τότε διευκρινίστε την ασφαλιστική εταιρεία:   | <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι  | 8. Είστε πολίτης ή νόμιμος κάτοικος Η.Π.Α.;   | <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι |

### E Μέλη του νοικοκυριού και εισόδημα νοικοκυριού από εργασία

Από πόσα άτομα αποτελείται το νοικοκυριό σας; \_\_\_\_\_

Αναφέρετε κάθε μέλος του νοικοκυριού που έχει εισόδημα (αν χρειαστεί, επισυνάψτε πρόσθετο φύλλο):

| Όνοματεπώνυμο μέλους                 | Σχέση με τον αιτούντα | Ακαθάριστο μηνιαίο εισόδημα (χωρίς την παρακράτηση φόρου) |
|--------------------------------------|-----------------------|---|
|                                      |                       | \$  |
|                                      |                       | \$  |
|                                      |                       | \$  |
| Συνολικό ακαθάριστο μηνιαίο εισόδημα |                       | \$  |



# Πρόγραμμα οικονομικής ενίσχυσης ασθενούς (Patient Financial Assistance Program) Henry Ford Health System

## F Άλλο εισόδημα νοικοκυριού (μη προερχόμενο από εργασία)

| Άλλες εισοδηματικές πηγές  | Ποσό ανά μήνα |
|--|---------------|
| Διατροφή παιδιών   | \$            |
| Αναδοχή ανηλίκου, Συμμετοχή στην τοπική αυτοδιοίκηση, Εισόδημα από εκκλησιαστική θέση, κ.λπ. | \$            |
| Σύνταξη, Κοινωνική ασφάλιση, Επίδομα αναπηρίας   | \$            |
| Μίσθωση ακινήτου   | \$            |
| Επιδόματα, Τόκοι, Εισόδημα από συνταξιοδοτικά προγράμματα                                    | \$            |
| Επίδομα ανεργίας ή Αποζημίωση για εργατικό ατύχημα   | \$            |
| Άλλο (Διευκρινίστε)  | \$            |
| <b>Σύνολο άλλων εισοδηματικών πηγών</b>  | <b>\$</b>     |

## G Περιουσιακά στοιχεία νοικοκυριού

| Τύπος περιουσιακού στοιχείου  | Σύνολο    |
|---|-----------|
| Μετρητά   | \$        |
| Λογαριασμός ταμιευτηρίου  | \$        |
| Λογαριασμός όψεως   | \$        |
| Λογαριασμός ταμιευτηρίου υγείας   | \$        |
| Ρευστά περιουσιακά στοιχεία [π.χ., Μετοχές, Ομόλογα, IRA (Προσωπικός λογαριασμός συνταξιοδότησης, IRA), Πιστοποιητικά καταθέσεων] | \$        |
| <b>Συνολικά περιουσιακά στοιχεία</b>  | <b>\$</b> |

## H Εξουσιοδότηση

Εγώ, δια του παρόντος, καθιστώ νόμιμη τη διάθεση των πληροφοριών της παρούσας αίτησης στο Henry Ford Health System (HFHS) για τον προσδιορισμό της καταλληλότητάς μου για οικονομική ενίσχυση βάσει της πολιτικής και των διαδικασιών του HFHS. Εξουσιοδοτώ το HFHS να επαληθεύσει την εγκυρότητα αυτών των πληροφοριών ως απαιτείται, συμπεριλαμβανομένης ενδεικτικά, αλλά μη περιοριστικά, της δυνατότητας να αποκτήσει πρόσβαση σε αναφορές χρηματοπιστωτικών ιδρυμάτων, να εξακριβώσει το αληθές της εργασιακής κατάστασης ή/και του εισοδήματος και να λάβει τα σχετικά συνοδευτικά έγγραφα. Όλα τα στοιχεία και τα δικαιολογητικά ως προς το εισόδημά μου έγγραφα που παρέχονται σε αυτήν την αίτηση είναι αληθή, ακριβή και πλήρη. Σε περίπτωση που οποιαδήποτε χρονική στιγμή αποδειχθεί πως τα παρεχόμενα στοιχεία είναι αναληθή ή ανακριβή, τότε κάθε είδους οικονομική ενίσχυση αναστρέφεται και υποχρεούμαι να αποπληρώσω άμεσα κάθε τυχόν ανεξόφλητο ποσό. Επιπροσθέτως, αποδέχομαι την ευθύνη αποπληρωμής οποιουδήποτε οφειλόμενου ποσού, μετά την αφαίρεση τυχόν εκπτώσεων από μερική οικονομική ενίσχυση.

Όνοματεπώνυμο (Ολογράφως): \_\_\_\_\_ Σχέση με τον ασθενή: \_\_\_\_\_

Υπογραφή: \_\_\_\_\_ Ημερομηνία: \_\_\_\_\_

**Βεβαιωθείτε ότι έχετε ολοκληρώσει τα παρακάτω βήματα πριν καταθέσετε την αίτησή σας:**

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Συμπλήρωσα όλες τις σελίδες της αίτησης                  | <input type="checkbox"/> Συμπεριέλαβα αποδεικτικά εισοδήματος ή σχετική επιστολή             | <input type="checkbox"/> Συμπεριέλαβα αποδεικτικά υπηκοότητας ή/και νόμιμης κατοικίας Η.Π.Α.   |
| <input type="checkbox"/> Υπέγραψα την αίτηση και συμπλήρωσα το πεδίο "Ημερομηνία" | <input type="checkbox"/> Συμπεριέλαβα αντίτυπα καρτών ιατρικής ασφάλισης (αν έχετε ασφάλιση) | <input type="checkbox"/> Συμπεριέλαβα αντίτυπο της επιστολής απόρριψης από το πρόγραμμα Medicaid (αν έχετε κάνει αίτηση και έχει απορριφθεί) |