

# תכנית סיוע כספי למטופל (Patient Financial Assistance Program) Henry Ford Health System



מיקום בית חולים או מרפאה: נא לבחור את המקום או המקומות בהם המטופל קיבל טיפול

A

HF Macomb Hospitals       HF Kingswood Hospital       Henry Ford Hospital  
 HF Health Center Brownstown     HF Wyandotte Hospital     HF West Bloomfield Hospital     מרכזים רפואיים של HF  
 Henry Ford Allegiance Health    \_\_\_\_\_ : (נא לפרט:

נתוני המטופל נא למלא את חלק זה אודות המטופל שקיבל טיפול

B

שם המטופל: \_\_\_\_\_ תאריך לידה: \_\_\_\_\_  
 מספר זהות: \_\_\_\_\_ מספר תיק רפואי: \_\_\_\_\_ מספר זהות הערב: \_\_\_\_\_

הצד האחראי (הערב): נא למלא את חלק זה בנוגע לאדם המשלם את החשבון הרפואי

C

שם הצד האחראי: \_\_\_\_\_ (אם שונה מחלק ב')  
 הקשר למטופל: \_\_\_\_\_  
 כתובת רחוב: \_\_\_\_\_ טלפון: \_\_\_\_\_  
 עיר: \_\_\_\_\_ מדינה: \_\_\_\_\_ מיקוד: \_\_\_\_\_ ארץ: \_\_\_\_\_  
 מעסיק: \_\_\_\_\_ משרה חלקית  משרה מלאה  טלפון בעבודה \_\_\_\_\_

אישור זכאות לביטוח רפואי

D

כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	5. האם המעסיק שלך או המעסיק של בן/בת זוגך מציע ביטוח רפואי קבוצתי?	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	1. האם אתה זכאי לכיסוי Medicare? 1a. כיסוי Medicare חלק A 1b. כיסוי Medicare חלק B
כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	6. האם היית מכוסה במהלך 3-6 החודשים האחרונים דרך מעסיק?	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	2. האם אתה זכאי לכיסוי Medicaid?
כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	7. האם אתה זכאי להגיש בקשה לביטוח דרך מערכת רכישת ביטוח הבריאות המקוונת?	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	3. האם אתה פונה לקבלת סיוע כספי עבור שירותים הקשורים ל: 3a. Motor Vehicle Accident (תאונות רכב מנועי, MVA) 3b. קורבן פשיעה 3c. פיצוי עובדים 3d. פגיעה אחרת (למשל, החלקה ונפילה)
כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	8. האם אתה אזרח או תושב חוקי בארה"ב?	כן <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/>	4. האם ברשותך ביטוח בריאות אחר? 4a. אם כן, אנה ציין את חברת הביטוח:

אנשים במשק הבית והכנסות משק הבית מתעסוקה

E

כמה אנשים נכללים במשק הבית שלך? \_\_\_\_\_

נא לציין כל אדם הנכלל במשק הבית שהינו בעל הכנסה (צרך דף נוסף במקרה הצורך):

שם האדם במשק הבית	הקשר למועמד	הכנסה חודשית ברוטו (לפני ניכויים)	
		\$	
		\$	
		\$	
<b>סך הכנסה חודשית ברוטו</b>		\$	

תכנית סיוע כספי למטופל  
(Patient Financial Assistance Program)  
Henry Ford Health System



נכסי משק הבית

G

הכנסות משק בית אחרות (שלא מתעסקה)

F

סך הכל	סוג נכס
\$	מזומן
\$	חשבון חיסכון
\$	חשבון עובר ושב
\$	חשבון חיסכון בריאותי/רפואי
\$	נכסים נזילים (למשל מניות, אג"ח, קופת גמל, פקדונות)
\$	סך הנכסים

מקורות הכנסה אחרים	כמות פר חודש
דמי מזונות	\$
משפחה אומנת, תמיכה מוניציפלית, הכנסות מהכנסייה, וכיו"ב	\$
פנסיה, ביטוח לאומי, דמי נכות	\$
נכסים מושכרים	\$
מענקים, ריביות, פיצויי פרישה	\$
דמי אבטלה או פיצוי עובדים	\$
אחר (נא לציין)	\$
סך מקורות הכנסה אחרים	\$

הרשאה

H

הנני מאשר בזאת את שחרורו של המידע הכלול בטופס בקשה זה ל- Henry Ford Health System (HFHS) לצורך קביעת מצב הזכאות שלי לסיוע כספי בהתאם לנהלי ומדיניות ה-HFHS. הנני מאשר ל-HFHS לאמת את המידע הזה במקרה הצורך, מה שעשוי לכלול אך לא יהיה מוגבל להשגת דו"ח מסוכנות האשראי, אימות התעסוקה ו/או ההכנסה והשגת מסמכים תומכים מתאימים. כל המידע ותיעוד ההכנסה שנמסר על ידי בטופס בקשה זה הינו נכון, מדויק ומלא כפי שהוצג. אם נקבע בכל זמן כי המידע שמסרתי הינו שקרי או לא מדויק, כל סיוע כספי יבוטל ואני אקבל את האחריות לתשלום מלא ומידי של כל יתרה שטרם שולמה. בנוסף, הנני מסכים לקבל את האחריות לתשלום כל סכום הנותר לאחר קבלת סיוע כספי חלקי.

שם מלא: \_\_\_\_\_ הקשר למטופל: \_\_\_\_\_  
חתימה: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_

נא לוודא כי הושלמו הפעולות הבאות טרם החזרת טופס הבקשה:

<input type="checkbox"/> השלמת כל דפי טופס הבקשה	<input type="checkbox"/> צירוף הוכחה בנוגע להכנסה או מכתב תומך	<input type="checkbox"/> צירוף הוכחה על אזרחות ו/או תושבות חוקית בארה"ב
<input type="checkbox"/> חתימה וציון התאריך על טופס הבקשה	<input type="checkbox"/> צירוף עותקים של כרטיסי ביטוח רפואי, במידה ויש לך כיוסי	<input type="checkbox"/> צירוף עותק של מכתב סירוב לכיסוי רפואי Medicaid, אם הגשת בקשה והיא נדחתה