



## Betegek pénzügyi támogatási programja (Patient Financial Assistance Program) Henry Ford Health System

**A** Kórház vagy klinikai helyszín: *Kérjük, válassza ki az(oka)t a helyszín(eke)t, ahol a beteget kezelték.*

- Henry Ford Hospital     HF Kingswood Hospital     HF Macomb Hospitals  
 HF klinikai központok     HF West Bloomfield Hospital     HF Wyandotte Hospital vagy HF Health Center Brownstown  
 Egyéb (Kérjük, részletezze: \_\_\_\_\_)     Henry Ford Allegiance Health

**B** A beteg adatai: *Kérjük, itt adja meg annak a betegnek az adatait, aki a kezelést kapta.*

A beteg neve: \_\_\_\_\_ Szül. ideje: \_\_\_\_\_

Tajszáma: \_\_\_\_\_ Egészségügyi hivatkozási száma (MRN): \_\_\_\_\_ Kezes szem. ig. száma: \_\_\_\_\_

**C** Felelős fél (kezes): *Kérjük, itt adja meg annak a személynek az adatait, aki az orvosi számlát kiegyenlíti.*

A felelős fél neve: \_\_\_\_\_ Kapcsolata a beteggel: \_\_\_\_\_  
(ha eltér a B szakaszban foglaltaktól)

Utcanév, házszám: \_\_\_\_\_ Telefonszám: \_\_\_\_\_

Város: \_\_\_\_\_ Állam: \_\_\_\_\_ Irányítószám: \_\_\_\_\_ Megye: \_\_\_\_\_

Munkáltató: \_\_\_\_\_  
 Teljes munkaidő    Munkahelyi telefonszám: \_\_\_\_\_  
 Részmunkaidő

**D** Egészségbiztosítási jogosultság igazolása

1. Jogosult Medicare ellátásra? 1a. Medicare A része 1b. Medicare B része	<input type="checkbox"/> Nem <input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem <input type="checkbox"/> Igen	5. A saját vagy házasársának munkáltatója biztosít csoportos egészségbiztosítást?	<input type="checkbox"/> Nem <input type="checkbox"/> Igen
2. Jogosult Medicaid ellátásra?	<input type="checkbox"/> Nem <input type="checkbox"/> Igen	6. Rendelkezett az elmúlt 3–6 hónapban munkáltató általi biztosítással?	<input type="checkbox"/> Nem <input type="checkbox"/> Igen
3. A pénzügyi támogatást a következőkkel kapcsolatos szolgáltatásokra igényli: 3a. Motor Vehicle Accident (gépjárműbaleset, MVA) 3b. A bűncselekmény sértettje 3c. Munkavállalói kártérítés 3d. Egyéb sérülés (például elesés)	<input type="checkbox"/> Nem <input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem <input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem <input type="checkbox"/> Igen <input type="checkbox"/> Nem <input type="checkbox"/> Igen	7. Jogosult arra, hogy a Health Insurance Exchange-en (egészségbiztosítási piac) keresztül biztosítást igényeljen?	<input type="checkbox"/> Nem <input type="checkbox"/> Igen
4. Rendelkezik egyéb egészségbiztosítással?	<input type="checkbox"/> Nem <input type="checkbox"/> Igen	8. Az Amerikai Egyesült Államok állampolgára vagy jogszerűen tartózkodik annak területén?	<input type="checkbox"/> Nem <input type="checkbox"/> Igen
4a. Ha igen, akkor adja meg a biztosító nevét:			

**E** A háztartás tagjai és a háztartás munkajövedelme

Hányan élnek a háztartásában? \_\_\_\_\_

Kérjük, sorolja fel a háztartás minden olyan tagját, aki jövedelemmel rendelkezik (ha szükséges, mellékeljen további lapokat):

A háztartás tagjának neve	Kapcsolata az igénylővel	Havi bruttó jövedelme (levonások előtt)
		\$
		\$
		\$
Összes havi bruttó jövedelem		\$



## Betegek pénzügyi támogatási programja (Patient Financial Assistance Program) Henry Ford Health System

**F****A háztartás egyéb jövedelme  
(nem munkaviszonyból származik)**

Egyéb jövedelemforrások	Havi összege
Gyermektartásdíj	\$
Gyámság, községi vagyon kezelő, egyházi bevétel stb.	\$
Nyugdíj, társadalombiztosítás, társadalombiztosítási rokkantsági ellátás	\$
Bérlemény	\$
Évjáradékok, kamat, nyugdíjkifizetés	\$
Munkanélküli segély vagy munkavállalói kártérítés	\$
Egyéb <i>(Kérjük, részletezze)</i>	\$
<b>Az összes egyéb jövedelemforrás</b>	<b>\$</b>

**G****A háztartás vagyontárgyai**

Vagyontárgy típusa	Összesen
Készpénz	\$
Megtakarítási számla	\$
Folyószámla	\$
Egészségügyi/orvosi megtakarítási számla	\$
Pénzeszközök (például részvények, kötvények, egyéni nyugdíjszámla (IRA), letéti jegyek)	\$
<b>Az összes vagyontárgy</b>	<b>\$</b>

**H****Hozzájárulás**

Ezennel hozzájárulok, hogy a jelen igénylési lapon található adataimat a Henry Ford Health System (HFHS) felhasználhassa a HFHS szabályzatának és eljárásainak megfelelően a pénzügyi támogatásra való jogosultságom elbírálása során. Hozzájárulok ahhoz, hogy a HFHS szükség szerint ellenőrizze ezeket az információkat. Ez többek között jelentheti egy hitelinformációs iroda jelentésének beszerzését, a munkaviszony és/vagy a jövedelem ellenőrzését, valamint a megfelelő alátámasztó dokumentumok beszerzését. Jelen igénylésben általam megadott információ és jövedelemdokumentáció az itt látható formában megfelel a valóságnak, pontos és teljes. Ha bármikor megállapítják, hogy az általam adott információ nem felel meg a valóságnak vagy pontatlan, akkor minden pénzügyi támogatást megvonnak, és vállalom, hogy a fennálló követeléseket teljes egészében és azonnal kifizetem. Vállalom továbbá, hogy a részleges pénzügyi támogatás eredményeként igénybe vett kedvezmények összegét visszafizetem.

Név nyomtatott betűvel: \_\_\_\_\_ Kapcsolata a beteggel: \_\_\_\_\_

Aláírás: \_\_\_\_\_ Dátum: \_\_\_\_\_

**Kérjük, jelezze, hogy elvégezte a következő lépéseket az igénylés benyújtása előtt:** Az igénylés minden lapját kitöltötte. Mellékelte a jövedelemigazolását vagy a támogatási levelet. Mellékelte annak igazolását, hogy az Amerikai Egyesült Államok állampolgára és/vagy jogszerűen tartózkodik a területén. Az igénylését aláírta és ellátta dátummal. Mellékelte az egészségbiztosítási kártyák másolatát, ha rendelkezik biztosítással. Mellékelte a Medicaid visszautasító levelét, ha igénylését visszautasították.